

3 1761 11554929 7



Government  
Publication



Government  
Publications







Digitized by the Internet Archive  
in 2022 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115549297>





1439

Canada

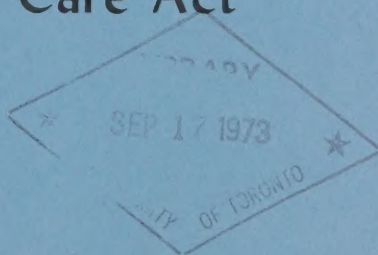
# Annual Report

of the

(Minister) of National Health and Welfare  
Dept.

respecting operations of the

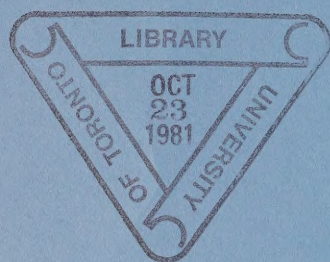
## Medical Care Act



CAI HW  
A554

for the fiscal year ended March 31, 1969





ANNUAL REPORT  
OF THE  
MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE

RESPECTING OPERATIONS  
OF THE  
MEDICAL CARE ACT

FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 1969





ANNUAL REPORT  
of the  
MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE  
Respecting Operations  
of the  
Medical Care Act  
for the fiscal year ended March 31, 1969

This is the first report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act and related to operations for the fiscal year ended March 31, 1969.

Historical Background

The Medical Care Act (14-15 Elizabeth II, Chap. 64) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act establishes a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make a financial contribution to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are related to comprehensiveness of insured services, universality of coverage, portability of benefits and public administration.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968 and are based on half of the national average per capita cost of insured services, excluding administration, multiplied by the average number of insured persons in each province.

The four main principles embodied in the Act which must characterize the medical care insurance plan of each participating province are: -

1. Comprehensive coverage for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusions except on the grounds that the services were not medically required. The benefit

coverage must be administered in such a way that there will be no financial impediment or preclusion to an insured person receiving necessary medical care. Certain surgical-dental services by dental surgeons in hospitals have been included as benefits.

2. Universal availability to all eligible residents of a participating province on equal terms and conditions and covering, in addition, at least ninety percent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time subsidization in whole or in part for a low-income group is permitted.
3. Portability of benefits when the beneficiary is temporarily absent from his own province and when he is moving from one participating province to another. It is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs or residence.
4. Administration on a non-profit basis by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

### Medical Care Program

Because the purpose of the Medical Care Act is to ensure that all Canadians can have access to necessary medical care on a prepaid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces, a Medical Care Program has been established with three closely related activities:

1. Administration of the Medical Care Act.
2. Provision of advisory services to provinces regarding various aspects of the provincial medical care insurance plans.
3. Conducting studies and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies in planning for and delivery of medical services and on the utilization of medical services.

Numerous meetings have been held during the year at either the elected or official levels with most provinces on an individual basis to discuss such matters as cost-estimates, interpretation of the federal legislation, proposed provincial legislation and various administrative matters connected with the operation of existing and proposed provincial medical care insurance plans. In addition, a federal-provincial technical conference on studies and statistics related to the Medical Care Program was held in September 1968 and attended by officials of all governments. This was followed in October by a meeting of a federal-provincial working party to examine the coding of medical diagnoses for provincial plans. All provinces were represented at this latter meeting either directly or through regional representatives.

The Directorate has undertaken a number of studies related to the economics of medical care including the impact of fee schedules and studies designed to improve the effectiveness and efficiency of methods of delivery of medical care. It has also co-operated with a number of academic and professional bodies in studies undertaken by them and has served as a co-ordinator of the three provincial groups which are participating in the International Collaborative Study on Medical Care Utilization. Members of the Directorate have also participated in many meetings, seminars and task forces, both in Canada and the United States, related to the field of medical care.

#### Provincial Legislation

As of March 31, 1969 the following provinces had enacted legislation related to their provincial medical care insurance plans:

British Columbia	Medical Services Act	March 23, 1967
Manitoba	The Manitoba Medical Services Insurance Act	May 4, 1967
	An Act to Amend the Manitoba Medical Services Insurance Act	May 25, 1968
Nova Scotia	Medical Care Insurance Act	April 11, 1968
Saskatchewan	The Medical Care Insurance Supplementary Provisions Act, 1968	April 25, 1968



Newfoundland

The Newfoundland  
Medical Care Insurance  
Act, 1968

May 23, 1968

New Brunswick

Medical Services  
Payment Act

December 6, 1968

### Summary of Provincial Programs

Based on the experience of other federal-provincial health and welfare programs, all provinces are expected to enter the present program over a period of two to three years. During the fiscal year 1968-69, British Columbia and Saskatchewan introduced acceptable provincial medical care insurance plans which entitled them to commence receiving federal financial support under the provisions of the Medical Care Act from July 1, 1968, the date on which the federal financial contribution to the provinces became available.

### The Saskatchewan Medical Care Insurance Plan

The public authority responsible for the administration of the Saskatchewan plan consists of the provincial Minister of Public Health; the Board of Health Region Number 1, Swift Current; the Saskatchewan Anti-Tuberculosis League; the Saskatchewan Cancer Commission; and the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission. All of the agencies represented in the public authority were previously independent and administered their respective benefit programs with varying policies and residency requirements. The qualifying Saskatchewan Medical Care Insurance Plan differs somewhat from the original Saskatchewan medicare plan introduced in 1962. The new plan includes benefits previously provided under a variety of separate programs or agencies including the Medical Care Insurance Commission, the Swift Current Health Region Number 1, the Cancer Control Commission, the Saskatchewan Anti-Tuberculosis League and the Provincial Department of Public Health. The range of benefits provided by these previously separate programs or agencies have been expanded where necessary to conform with the requirements of the federal legislation and residency requirements have been standardized. The premiums charged and rates of payment to medical practitioners have also been standardized between the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission and Swift Current plans.

There are two approved health agencies in the province which, in addition to other insurance activities, are permitted to act as a "post office" in the processing of claims if the attending physician is affiliated with the agency and the patient is a subscriber to the agency.

Under these circumstances, the physician may submit his account to the agency which submits the bill to, and receives payment from, the Medical Care Insurance Commission, then forwards payment to the physician. An approved health agency may make advanced payments in respect of insured services rendered prior to payment being received from the Commission but the total payments made must not be in excess of the sums paid and the sums owing by the Commission in respect of the insured services rendered by the particular physician during any period of twelve months or other period agreed to by the Commission and the approved health agency. Other insured persons in the province may submit their medical bills directly to the Commission for reimbursement or the attending physician may bill the Commission directly.

In April 1968, the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission introduced utilization charges applicable to doctors' visits other than those involving special procedures and visits to patients in hospital. Utilization charges had previously been a feature of the Swift Current Plan but not of the provincial Medical Care Insurance Plan. Patients are liable to pay \$1.50 toward the cost of a doctor's office visit and \$2.00 in the case of a house call or hospital out-patient department visit except that:

- a) the province pays the utilization charge on behalf of those in receipt of public assistance;
- b) the province pays the utilization charge on behalf of those receiving more or less statutory benefits such as cancer, tuberculosis or mental hospital care;
- c) any resident may apply for special assistance in meeting the charge should his circumstances require it. Also doctors and hospitals are encouraged to report to the provincial authorities patients not in receipt of public assistance, who might be expected to be embarrassed by the charge.

The Saskatchewan plan is a compulsory premium plan with the premium set to cover approximately 20% of the cost, and subsidized at this level from general revenues, a special tax as well as by the utilization charge. Coverage is contingent, however, on the required premium having been paid or responsibility for the payment of the premium having been assumed by the provincial government. While there is no scaled subsidy toward the premium based on income as in

British Columbia, persons in receipt of public assistance have the premium paid on their behalf by the provincial Welfare Department. There is a conjoined premium covering both Hospital Insurance and Medicare with the "medicare" portion of this conjoined premium being:

Single	\$12.00/year
--------	--------------

Family	\$24.00/year
--------	--------------

Annual family limits of \$180 for the medical and hospitalization utilization fees were introduced in 1969 to ensure that they do not cause undue hardship in any family.

The patient has free choice of physician and a physician may decide not to participate in the plan without his patient losing entitlement to benefits.

The provincial plan includes an optometric benefit towards the cost of which the federal government does not contribute.

#### The British Columbia Medical Services Plan

In British Columbia, a Commission, comprising three members appointed by the Lieutenant Governor in Council, functions as the public authority responsible for the operation of the provincial medical care insurance plan. The Commissioners include a nominee of the British Columbia Medical Association. The provincial authority markets its contract through a number of previously independent non-profit insurance agencies (which are licensed to sell additional benefits over and above the basic provincial plan, either separately or as a package connected with the governmental contract) and through the British Columbia Medical Plan, a governmental agency. All claims are processed by the provincial authority and paid by it.

The approved carriers limit their services under the plan to group coverage. Premiums collected by them on behalf of the governmental contract must be remitted to the province. Irrespective of which agency the subscriber enrolls with, his insurance contract is with the Province of British Columbia and it is the provincial authority which processes the doctors' accounts and makes payment on the claims.



The British Columbia Medical Services Plan is a voluntary premium plan. Coverage is contingent upon the required premiums having been paid with coverage ceasing when the premium is 15 days in default. Subsidies are available towards the cost of the premiums for persons in certain income brackets if they have been permanent residents of the province for the 12 consecutive months immediately prior to application. The following premiums are charged to insured persons:

	<u>Regular Premiums per year</u>	<u>Premiums per year when taxable income nil</u>	<u>Premiums per year when taxable income less than \$1,000</u>
Single	\$ 60.00	\$ 6.00	\$30.00
Couple	\$120.00	\$12.00	\$60.00
Family of 3 or more	\$150.00	\$15.00	\$75.00

Full premiums are paid on behalf of persons who qualify for social assistance.

The patient has free choice of physician and a physician may "opt out" of participation in the plan without his patient losing entitlement to benefits.

When an insured person is temporarily visiting or travelling outside the province, the provincial plan restricts the insured services to those, which he would otherwise be entitled to, resulting from unexpected illness or injury. Elective services when an insured person is temporarily outside the province require prior approval from the Commission before payment of benefit coverage will be considered.

Additional benefits, towards the cost of which the federal government is not contributing, are included in the British Columbia plan. These additional benefits include the services of optometrists, chiropractors, naturopaths, osteopaths, physiotherapists, podiatrists, Red Cross nurses, special nurses and V.O.N. nurses and orthoptic treatment, all on a limited basis.

## Number of Insured Persons

The methods for determining the number of insured persons in a province differ, since the method used by a province to finance the provincial share of costs has a direct bearing on the availability of an actual count of insured persons. In both Saskatchewan and British Columbia insured persons are registered and identification certificates are provided.

The Medical Care Act defines "population" to mean population of the province on the first day of October in that fiscal year as certified by the Dominion Statistician, after excluding members of the Canadian Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. The exclusions amount to some 0.6% of the total population and this percentage is deducted from the net population of each province for the purpose of calculating the eligible population.

## Exclusions from Insured Services

Insurable residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to Workmen's Compensation are not entitled to benefits under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:-

- Aeronautics Act
- Civilian War Pensions and Allowances Act
- Government Employees Compensation Act
- Merchant Seamen Compensation Act
- National Defence Act
- Pension Act
- Royal Canadian Mounted Police Act
- Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
- Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act and
- Veterans Rehabilitation Act.

Table A shows by province the estimated average number of insured persons as reported for purposes of advanced payments, the advance estimate of net population as of October 31, 1968 as certified by the Dominion Statistician and the percentage of insured persons to total net population for the fiscal year under review.

TABLE A

NUMBER OF INSURED PERSONS, BY PROVINCE  
(AS USED FOR CALCULATION OF ADVANCE PAYMENTS)

<u>Province</u>	<u>Average Number of</u> <u>Insured Persons</u> <u>1968-69</u>	<u>Advance Estimate</u> <u>of Net Population</u> <u>Oct. 1, 1968</u>	<u>Percentage</u> <u>of Persons</u> <u>Insured</u>
Saskatchewan	962,900	957,000	100.6
British Columbia	1,847,000	2,021,000	91.4
TOTAL	2,809,900	2,978,000	94.4

Table B shows, by province, the average number of insured persons determined by the provinces following the end of the fiscal year under review, the "net" population as of October 1, 1968 and the percentage of persons actually insured.

TABLE B

NUMBER OF INSURED PERSONS, BY PROVINCE  
(AS USED FOR CALCULATION OF FINAL CONTRIBUTIONS)

<u>Province</u>	<u>Average Number of</u> <u>Insured Persons</u> <u>1968-69</u>	<u>D.B.S. Estimate</u> <u>of Net Population</u> <u>Oct. 1, 1968</u>	<u>Percentage</u> <u>of Persons</u> <u>Insured</u>
Saskatchewan	936,180	959,000	97.6
British Columbia	1,854,063	2,015,000	92.0
TOTAL	2,790,243	2,974,000	93.8

Formula for Federal Contributions

The amount of the federal contributions to the provinces is calculated on the basis of a formula contained in the Medical Care Act. It has been designed in such a way as to provide greater federal assistance to those provinces in which the per capita cost of medical care is



lower and to provide for an equitable federal contribution to the provinces, having regard to the considerable variation in the per capita costs between the provinces.

The annual federal contribution to each participating province equals fifty percent of the per capita cost for the year of all insured services of the national program which are furnished pursuant to the medical care insurance plans of the participating provinces multiplied by the average for the year of the number of insured persons in the province at the end of each month in the year. The per capita cost for a year of all insured services of the national program is an amount equal to the aggregate of the cost of the insured services of the national program which are incurred by each of the participating provinces divided by the aggregate of the averages for the year of the number of insured persons in each of the participating provinces at the end of each month in the year.

Since the federal contribution is calculated on an annual basis, the Medical Care Act provides for advances on account of contributions, so that the provinces are not required to wait for reimbursement of the amounts which they are required to pay to doctors on a continuing basis. In order to expedite the payment of advances and, at the same time, to forestall the likelihood of a major financial adjustment after the end of each fiscal year, the formula which is used for the calculation of the advance payments provides for a ten percent holdback of the amount due to the province. The formula for the advance payments, therefore, differs from the formula for the annual contribution in that forty-five percent of the national per capita cost is paid to the provinces as advances on account of contributions.

The remaining five percent of the national per capita cost multiplied by the average number of insured persons in a province, plus or minus adjustment to actual costs, is paid to provinces following receipt of final cost reports from all participating provinces signed by their respective provincial authorities and certified by the provincial auditors.

#### Federal Payments

During the year under review, payments to the provinces consisted of the regular monthly advance payments based on the estimates submitted before July 1, 1968. During this first year there were no payments of "final contributions".

Table C shows the calculation of monthly advance payments for 1968-69. Table D shows the calculation of federal contributions based on actual cost of the medical care plans of Saskatchewan and British Columbia. It should be noted that the difference between the federal contributions with respect to 1968-69 and the federal advances actually made during the fiscal year 1968-69 will be paid or adjusted in the fiscal year 1969-70.

Entries of Provinces in 1969-70

During the fiscal year 1969-70 up to October 1, 1969, the following provinces have commenced participation in the Medical Care Program:-

<u>Province</u>	<u>Entry Date</u>
Newfoundland	April 1, 1969
Nova Scotia	April 1, 1969
Manitoba	April 1, 1969
Alberta	July 1, 1969
Ontario	October 1, 1969

TABLE C

## CALCULATION OF ADVANCES 1968-69

	Saskatchewan		British Columbia		Total	
	Cost	Per Capita	Cost	Per Capita	Cost	Per Capita
Estimated Cost of Insured Services:						
Fee-for-Service Salaried Physicians	\$19,811,270	\$20.57	\$49,900,000	\$27.01	\$69,711,270	\$24.81
TOTAL	1,118,609	1.16	2,429,000	1.32	3,547,609	1.26
50% of National Per Capita Cost						
Estimated Average Number of Insured Persons	962,900		1,847,000		2,809,900	
Estimated Total Federal Contributions	12,551,402	\$21.73	24,075,645	\$28.33	36,627,047	\$26.07
Advances (at 90% of Estimated Total Federal Contributions)	11,296,262		21,668,080		32,964,342	
Actually Paid to Provinces	11,296,800		21,669,300		32,966,100	
Monthly Advances	1,255,200		2,407,700		3,662,900	



TABLE D

## TOTAL FEDERAL CONTRIBUTIONS IN RESPECT OF 1968-69

	Saskatchewan		British Columbia		Total	
	Cost	Per Capita	Cost	Per Capita	Cost	Per Capita
Actual Cost of Insured Services:						
Fee-for-Service	\$16,523,638.79	\$17.65	\$47,883,058.00	\$25.83	\$64,406,696.79	\$23.0828
Salaried Physicians	1,353,434.26	1.45	2,175,681.00	1.17	3,529,115.26	1.2648
TOTAL	\$17,877,073.05	\$19.10	\$50,058,739.00	\$27.00	\$67,935,812.05	\$24.3476
50% of National Per Capita Cost						12.1738
Average Number of Insured Persons	936,180		1,854,063		2,790,243	
Federal Contributions	<u>11,306,883.45</u>		<u>22,571,022.57</u>		<u>33,967,906.02</u>	











*1970-71*

# Annual Report

of the

Minister of National Health and Welfare

The Honourable John Munro

respecting operations of the

## Medical Care Act

CAI HW  
A554

for the fiscal year ended March 31, 1970



ANNUAL REPORT  
OF THE  
MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE

RESPECTING OPERATIONS  
OF THE  
MEDICAL CARE ACT

FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 1970





ANNUAL REPORT  
of the  
MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE  
Respecting Operations  
of the  
Medical Care Act  
for the fiscal year ended March 31, 1970

This is the second report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act and related to operations for the fiscal year ended March 31, 1970.

Historical Background

The Medical Care Act (14-15 Elizabeth II, Chap. 64) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act establishes a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make a financial contribution to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are related to comprehensiveness of insured services, universality of coverage, portability of benefits and public administration.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968 and are based on half of the national average per capita cost of the insured services of the national program, excluding administration, multiplied by the average number of insured persons in each province.

The four main principles embodied in the Act which must characterize the medical care insurance plan of each participating province are:-

1. Comprehensive coverage for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusions except on the grounds that the services were not medically required. The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no financial impediment or preclusion to an insured person receiving necessary medical care. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.

2. Universal availability to all eligible residents of a participating province on equal terms and conditions and covering, in addition, at least ninety percent of the total eligible population (and 95% during the year commencing April 1, 1971). This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time subsidization in whole or in part for low-income groups is permitted.
3. Portability of benefits when the beneficiary is temporarily absent from his own province and when he is moving from one participating province to another. It is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs or residence.
4. Administration on a non-profit basis by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

#### Medical Care Program

Because the purpose of the Medical Care Act is to ensure that all Canadians can have access to necessary medical care on a prepaid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces, a Medical Care Program has been established with three closely related activities:

1. Administration of the Medical Care Act.
2. Provision of advisory services to provinces regarding various aspects of the provincial medical care insurance plans.
3. Conducting studies and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies in planning for and delivery of medical services and on the utilization of medical services.

A federal-provincial technical meeting on Medical Care was held in Ottawa on November 27-28, 1969. This meeting was attended by representatives from all provinces and was called primarily to consider cost control in the operation of provincial medical care insurance plans, exchange of information on provincial plans and the submission of estimates. Numerous meetings were held during the year at either the elected or official levels with provincial authorities responsible for the plans in effect during the year as well as with the health authorities of those provinces which had not yet introduced their qualifying plans.

The Directorate continued its program of studies related to the economics of medical care as well as its co-ordinating role for the three provincial groups participating in the International Collaborative Study on Medical Care Utilization. Directorate officers also served on the federal-provincial Committee on Costs of Health Services, its Secretariat and the related Task Forces on Methods of Delivery of Medical Care and Price of Medical Care. Members of the Directorate also attended professional association meetings and symposia, both in Canada and the United States, to exchange information and views with others involved in the field of medical care insurance. Discussions were also held with representatives of foreign governments interested in Canadian developments.

### Provincial participation

The first priority remains to get the basic program clearly established for all provinces. British Columbia and Saskatchewan continued to participate, having introduced their qualifying provincial medical care insurance plans on July 1, 1968. Five other provinces introduced plans which enabled them to qualify for federal financial support under the provisions of the Medical Care Act, with effect from the dates indicated.

Newfoundland	-	April 1, 1969
Nova Scotia	-	April 1, 1969
Manitoba	-	April 1, 1969
Alberta	-	July 1, 1969
Ontario	-	October 1, 1969

With the introduction of the Ontario plan, some 14 million Canadians were covered by the qualifying provincial plans.

Towards the end of the fiscal year, Quebec, New Brunswick and Prince Edward Island announced their intentions to introduce medical care insurance plans by January 1, 1971. Thus it is expected that all provinces will be included in the national program within a similar period as occurred at the commencement of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Program.

### Provincial legislation

During the year under review, the provinces enacted the following legislation related to their provincial medical care insurance plans:-

Alberta	The Alberta Health Care Insurance Act	May 7, 1969
	The Health Insurance Premiums Act	May 7, 1969
Saskatchewan	An Act to amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act	April 3, 1969



Manitoba	An Act to amend the Manitoba Medical Services Insurance Act	April 1, 1969
	An Act to amend the Health Services Insurance Act	October 10, 1969
Ontario	The Health Services Insurance Act, 1968-69	June 27, 1969
Nova Scotia	An Act to amend the Medical Care Insurance Act	April 25, 1969
Newfoundland	An Act to amend the Newfoundland Medical Care Insurance Act, 1968	May 13, 1969

### Summary of Provincial Medical Care Insurance Plans

Table A summarizes the provincial medical care insurance plans as of March 31, 1970. No major changes occurred in the Saskatchewan Medical Care Insurance Plan and the British Columbia Medical Services Plan during this fiscal year and a detailed description of both plans will be found in the first annual report.

### Medical Care Plan, Newfoundland

A Medical Care Commission is the public authority responsible to the provincial Minister of Health for the Medical Care Plan (MCP) in Newfoundland into which the former Children's Health Service and the Cottage Hospital Medical Care Plan were absorbed. The provincial plan is a non-premium plan which is funded from provincial revenues and covers all eligible residents of the province who, however, are required to register. No special provisions are required therefore for those with limited incomes. New residents entering the province from another participating province or territory are subject to a waiting period of 3 months before being eligible for benefits but otherwise there is no waiting period.

The patient has free choice of physician and physicians may opt out of participation in the provincial plan without their patients losing their entitlement to insured benefits payable by the plan. If a non-participating physician wishes to reserve the right to charge an amount in excess of that payable by the Commission, he is obliged to ensure that the beneficiary is informed in advance. A participating specialist, subject to similar conditions, may charge a non-referred patient the differential, if any, between the plan payment and what he would otherwise receive in respect of his services if the patient had been referred to him by another physician.

The benefit coverage of the provincial plan is limited to the insured services of the national program, namely, comprehensive coverage for the medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental services undertaken by dental surgeons in hospital.

(Continued on page 6)

## PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS (as of March 31, 1970)

- NOTE: (1) All plans provide insured services of federal program (i.e. medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospital).
- (2) The premiums given in the table are those for persons who do not qualify for premium assistance on account of limited income. The provisions for assistance vary from province to province.

PROVINCE	DATE OF ENTRY	EXTRA BENEFITS * (a)	PUBLIC AUTHORITY RESPONSIBLE FOR PLAN	REGULAR PREMIUMS PAYABLE BY THOSE WHO DO NOT QUALIFY FOR A SUBSIDY, PER MONTH, AND OTHER CHARGES (\$)		
				Regular Premium	Other Charges	
British Columbia	July 1, 1968	Optometry, chiropractic, naturopathy, osteopathy, physiotherapy, podiatry, orthopedic treatment and services of Red Cross nurses, special nurses and V.O.N.	Medical Services Commission, Parliament Buildings, Victoria, B.C. (Insurance contract may be obtained from British Columbia Medical Plan, 1410 Government Street, Victoria, B.C. or approved carriers *(b))	Single \$ 5.00 Couple 10.00 Family 12.50	-	
Alberta *	July 1, 1969	Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric, chiropractic, podiatric and osteopathic services and appliances provided by podiatrists	Alberta Health Care Insurance Commission, P.O. Box 1360, Edmonton 15, Alberta.	Single \$ 5.00 Couple 10.00 Family 10.00	-	
Saskatchewan	July 1, 1968	Optometry	Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Provincial Health Bldg., 3211 Albert St., Regina, Saskatchewan	Single \$ 1.00 Couple 2.00 Family 2.00	Utilization charges of \$1.50 per doctor's office visit and \$2.00 for house call or hospital emergency department visit by doctor *(c)	
Manitoba *	Apr. 1, 1969	Optometry, chiropractic	Manitoba Health Services Insurance Corporation, 599 Empress Street, WINNIPEG 10, Manitoba.	Single \$ .55 Couple 1.10 Family 1.10	-	
Ontario	Oct. 1, 1969	Optometry	Ontario Health Services Insurance Plan, 2195 Yonge St., Toronto 295, Ontario. (Insurance contract may be obtained from the Health Insurance Registration Board at same address or through designated agents.)	Single \$ 5.90 Couple 11.80 Family 14.75	-	
Nova Scotia	Apr. 1, 1969		Medical Care Insurance Commission, Lord Nelson Building, P.O. Box 500, Halifax, Nova Scotia	All eligible residents -	-	
Newfoundland	Apr. 1, 1969		Newfoundland Medical Care Insurance Commission, Elizabeth Towers, Elizabeth Avenue, St. John's, Newfoundland.	All eligible residents	-	

\* Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums

\*(a) These benefits are provided generally on a limited basis. For specific details, information may be obtained from the Ministry of Health, 100 King Street West, Toronto, Ontario.

\*(b) Approved carriers limited to group coverage

\*(c) Annual family limit for medical and hospitalization utilization fees = \$180.00.

## Medical Services Insurance, Nova Scotia

The medical care insurance plan in Nova Scotia, called Medical Services Insurance (MSI) is operated by a conjoint public authority, consisting of the Medical Care Insurance Commission and Maritime Medical Care Incorporated, responsible to the provincial Minister of Public Health. Maritime Medical Care Incorporated is a doctor-sponsored prepayment agency and it is authorized to act on a non-profit basis as the administrative arm of the public authority, undertaking the registration of insured residents and the payment of claims for insured services at the level authorized by the plan. The Corporation is nevertheless permitted privately to continue or expand its coverage of services which are not insured services under the provincial plan.

Medical Services Insurance is a non-premium plan covering all eligible residents and funded from provincial general revenues. All residents are required to be registered with the provincial plan but eligibility for benefits does not depend upon prior registration as provision is made for unregistered persons to be registered retroactively, if bona fide residents, on receipt of claims for insured services. No special provisions are required, therefore, for the coverage of those with limited incomes. Entitlement to insured services is contingent upon an otherwise eligible resident having been a resident of the province for not less than 3 months immediately before the insured services are received.

The patient has free choice of physician and physicians may opt out of participation in the plan without their patients losing entitlement to benefits. A non-participating physician is not entitled to make any charge to an insured resident for an insured service unless the resident is informed in advance that the physician is not participating in the plan. Any physician may charge an insured resident more than the tariff payable by the Commission with respect to his services if the resident is given reasonable notice of his intention to charge a greater amount and the resident or some other person acting on his behalf, consents in writing to the extra charge. The amount of the extra charge must be made known to the Commission.

The insured services of Medical Services Insurance in Nova Scotia are those of the national program.

## The Manitoba Health Plan

The Manitoba Health Services Insurance Corporation is responsible to the provincial Minister of Health and Social Services for administration of the Manitoba Health Plan. Manitoba Medical Services, a previously existing doctor-sponsored insuring agency, was retained by the Corporation in the role of an administrative agent.

The Manitoba plan is a compulsory plan which is funded from provincial general revenues and premiums which are collected by the Manitoba Hospital Commission under a common billing arrangement. Initially the premiums were \$4.90 (single) and \$9.80 (family of 2 or more) per month but these were reduced to a more nominal level of \$0.55 (single) and \$1.10 (family of 2 or more) per month effective November 1, 1969. Entitlement to insured services is not linked to payment of premium and each resident is an insured person, subject to a waiting period of 3 months immediately following arrival in Manitoba if from another participating province or territory. However, in the case of landed immigrants and persons assuming residence in Manitoba from a non-participating province or territory, coverage is immediate.

When the plan was introduced on April 1, 1969, the Corporation required that patients temporarily absent from the province obtain prior approval from the Corporation before payment of benefits would be considered. This restriction was removed on October 29, 1969.

Recipients of public assistance and others in a similar category are exempt from the payment of premiums. There are no intermediate subsidy levels provided with respect to the premium structure.

Each patient has a free choice of physician. Physicians may decide not to participate in the plan without their patients losing entitlement to benefits. Participating physicians accept plan payment as payment in full for their services and are not permitted to charge or to collect fees from insured residents in excess of the benefits payable by the plan. A non-participating physician must provide an insured person with reasonable notice that his fees will be collected directly rather than through the plan.

The benefit coverage of the Manitoba plan initially consisted of the benefits of the federal program. Limited optometric and chiropractic benefits were added as benefits from July 1, 1969.

#### The Alberta Health Care Insurance Plan

The medical care insurance plan in Alberta is administered by the Alberta Health Care Insurance Commission which is responsible to the provincial Minister of Health. The plan provides benefit coverage to all eligible residents with the benefit entitlement not being contingent upon the payment of premiums. All eligible residents, however, are required to be registered with the Commission and payment of benefits may be deferred until registration is completed. Coverage is not provided for services which a new resident is eligible to receive from the plan of another participating province and with this exception no other waiting period has been prescribed. Thus, immigrants are eligible for first day coverage.

The plan is financed in part by means of a compulsory premium system. The regular premium charged is at the rate of \$5.00 (single) and \$10.00 (family of 2 or more) per month. The province pays the premiums on behalf of persons in receipt of social assistance. In addition, other residents with limited income may receive a 50% subsidy towards the cost of their premiums if



their taxable income in the previous year was not over \$500. Some three months after the provincial plan was introduced, provision was also made by the provincial government to pay an appropriate subsidy, total or partial, on behalf of those for whom the regular premiums would cause demonstrable financial hardship.

Medical practitioners are not required to make a choice of dealing directly with the provincial plan for all of their insured patients or opting out for all of their patients. In this respect the plan is quite different from those of other participating provinces with the exception of Ontario. The patient has a free choice of doctor and the doctor in Alberta is quite free to bill the plan or the patient or both and he can bill the patient for more than the level of benefit payable by the plan in respect of his services provided an agreement or arrangement is made regarding his remuneration before the services are rendered.

The provincial plan provides coverage for other health services beyond the scope of the national program including some additional dental services rendered in private offices and the services of optometrists, osteopaths, chiropractors and podiatrists as well as podiatric appliances, on a limited basis.

Towards the end of the fiscal year it was announced by the provincial government that the administrative and financial arrangements for the provincial hospital and medical care insurance plans would undergo substantial revision with effect from July 1, 1970.

#### The Health Services Insurance Plan of Ontario (OHSIP)

The provincial authority responsible for the medical care insurance plan in Ontario is the provincial Minister of Health. The plan is administered through the Department of Health, the Health Insurance Registration Board (which is responsible for determining eligibility and the collection of premiums for both the provincial hospital and medical care insurance plans) and a Health Services Insurance Council (which serves in an advisory role to the Minister).

The premium structure, provisions for premium system, the benefit coverage and the central administering agency of the provincial plan are the same as those for the previous Ontario Medical Services Insurance Plan (OMSIP). Participation in the Ontario plan is on a voluntary basis except in the case of employee groups of 15 or more persons who are residents of Ontario. Provision is made for the voluntary creation of a mandatory group in the case of 5-14 employees and an organization of 5 or more persons may apply to become a collector's group.

The standard coverage of the provincial plan on a non-profit basis at rates which are uniform for all residents of Ontario may be obtained either from the Ontario Health Services Insurance Plan (an agency of the Department of Health known more commonly as OHSIP) or through designated agents of the provincial plan. The provincial plan has made as much use as possible of

pre-existing health insurance resources and in involving commercial insurance companies in an agency role, the provincial plan differs from those of all other provinces. Private insurance firms which chose to participate in the provincial plan have been allowed to enrol their pre-medicare subscribers and to collect premiums on behalf of the provincial plan. OHSIP absorbed subscribers of carriers who were not interested in remaining in the field as well as continuing to make coverage available for those covered by OMSIP together with new pay-direct subscribers. The designated agents are responsible for enrollment, billing and, in some cases, claims payment after certification by a provincial official. The agents are described respectively as service agents and full-function agents according to the roles which they play.

Normally there is a waiting period before an eligible resident can become an insured person which lasts until the first day of the third month after eligibility is confirmed, provided the first premium payment is paid by that time. New residents in mandatory groups however commence payment of premiums with the next group remittance. Immigrants are entitled to apply for the benefit coverage within three months of arrival without any waiting period being imposed.

The regular monthly rate of premiums are \$5.90 (single), \$11.80 (couple) and \$14.75 (family of 3 or more). Provision is made for total or partial assistance towards the cost of premiums for persons with limited incomes who have resided in Ontario for at least 12 months preceding application on the basis of 100% subsidy for those with no taxable income in the previous year, 60% subsidy in the case of families of 3 or more with taxable income of \$1,300 or less, and 50% subsidy for single persons and couples with taxable income of \$500 and \$1,000 or less, respectively. Social assistance recipients automatically qualify for total premium assistance and temporary assistance is available for any insured person who is unable to continue payment of premiums due to unemployment, illness, disability or financial hardship.

Freedom of choice is provided for patients and physicians. Unlike the plans of most other provinces the doctor is not required to make a choice between participating in the provincial plan for all insured patients and non-participating, in which case he would only be allowed to bill his patients who in turn receive their benefits from the plan. Thus the doctor may bill the plan, bill the patient or bill both as he chooses. However, when he intends to charge the insured person an amount more than is payable by the plan for the insured service he must advise the patient of this prior to rendering the service.

The benefit coverage of the provincial plan included during fiscal 1970-71 certain optometric benefits.

#### Number of Insured Persons

The methods for determining the number of insured persons in a province differ, since the method used by a province to finance the provincial share of costs has a direct bearing on the availability of an actual count of insured persons. Thus in some provinces the number of insured persons is estimated from the provincial population as defined in the Medical Care Act and in other cases the number of insured persons is based on a more precise determination.

The Medical Care Act defines "population" to mean the population of the province on the first day of October in that fiscal year as certified by the Dominion Statistician, after excluding members of the Canadian Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. The exclusions amount to some 0.6% of the total population.

#### Exclusions from Insured Services

Insurable residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to Workmen's Compensation are not entitled to benefits under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:-

- Aeronautics Act
- Civilian War Pensions and Allowances Act
- Government Employees Compensation Act
- Merchant Seamen Compensation Act
- National Defence Act
- Pension Act
- Royal Canadian Mounted Police Act
- Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
- Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act and
- Veterans Rehabilitation Act.

Table B shows by province the estimated average number of insured persons as reported for purposes of advanced payments, the advance estimate of net population as of October 31, 1969 as certified by the Dominion Statistician and the percentage of insured persons to total net population for the fiscal year under review.

Table C shows, by province, the average number of insured persons determined by the provinces following the end of the fiscal year under review, the "net" population as of October 1, 1969 and the percentage of persons actually insured.

# M E D I C A L C A R E A C T

## NUMBER OF INSURED PERSONS BY PROVINCE

TABLE B - AS USED FOR CALCULATION OF ADVANCE PAYMENTS

	Average No. of Insured Persons 1969/70	Advance Estimate of Net Population October 1, 1969	Percentage of Persons Insured
Newfoundland	518,000	518,000	100.0
Nova Scotia	749,000	749,000	100.0
Ontario (1)	( 7,307,025) 3,653,513	( 7,470,000) 3,735,000	97.8
Manitoba	972,000	972,000	100.0
Saskatchewan	961,000	959,000	100.2
Alberta (2)	( 1,565,000) 1,173,800	( 1,565,000) 1,173,750	100.0
British Columbia	1,924,000	2,083,000	92.4
TOTAL	(13,996,025) 9,951,313	(14,316,000) 10,189,750	97.7

TABLE B - shows, by province, the estimated average number of insured persons as reported for purposes of advance payments; the advance estimate of net population as of October 1, 1969 as certified by the Dominion Statistician and the percentage of insured persons to total net population for the fiscal year under review.

Notes (1), (2) and (3) - The provinces of Alberta and Ontario entered the program on July 1, 1969 and October 1, 1969 respectively. In accordance with Section 5 (3), of the Act, the "net" population of these two provinces for calculation of the "average" population was reduced to the number of months during which insured services were furnished, i.e. Alberta 9 months (9/12 of net population) and Ontario 6 months (6/12 of net population)

TABLE C - AS USED FOR CALCULATION OF FINAL CONTRIBUTIONS

	Average No. of Insured Persons 1969/70	D.B.S. Estimate of Net Population October 1, 1969	Percentage of Persons Insured
	514,000	514,000	100.0
	746,000	746,000	100.0
	( 7,160,276) 3,580,138	( 7,482,000) 3,741,000	95.7
	971,000	971,000	100.0
	950,750	951,000	100.0
	( 1,564,000) 1,173,000	( 1,564,000) 1,173,000	100.0
	1,995,594	2,076,000	96.1
	(13,901,620) 9,930,482	(14,304,000) 10,172,000	97.6

TABLE C - shows, by province, the average number of insured persons determined by the provinces following the end of the fiscal year under review; the "net" population as of October 1, 1969 and the percentage of persons actually covered.



## Formula for Federal Contributions

The amount of the federal contributions to the provinces is calculated on the basis of a formula contained in the Medical Care Act. It has been designed in such a way as to provide greater federal assistance to those provinces in which the per capita cost of medical care is lower and to provide for an equitable federal contribution to the provinces, having regard to the considerable variation in the per capita costs between the provinces.

The annual federal contribution to each participating province equals fifty percent of the per capita cost for the year of all insured services of the national program which are furnished pursuant to the medical care insurance plans of the participating provinces multiplied by the average for the year of the number of insured persons in the province at the end of each month in the year. The per capita cost for a year of all insured services of the national program is an amount equal to the aggregate of the cost of the insured services of the national program which are incurred by each of the participating provinces divided by the aggregate of the averages for the year of the number of insured persons in each of the participating provinces at the end of each month in the year.

Since the federal contribution is calculated on an annual basis, the Medical Care Act provides for advances on account of contributions, so that the provinces are not required to wait for reimbursement of the amounts which they are required to pay to doctors on a continuing basis. In order to expedite the payment of advances and, at the same time, to forestall the likelihood of a major financial adjustment after the end of each fiscal year, the formula which is used for the calculation of the advance payments provides for a ten percent holdback of the amount due to the province. The formula for the advance payments, therefore, differs from the formula for the annual contribution in that forty-five percent of the estimated national per capita cost is paid to the provinces as advances on account of contributions.

The remaining five percent of the national per capita cost multiplied by the average number of insured persons in a province, plus or minus adjustment to actual costs, is paid to provinces following receipt of final cost reports from all participating provinces signed by their respective provincial authorities and certified by the provincial auditors.

## Federal Payments

During the year under review, payments to the provinces consisted of the regular monthly advance payments, based on the estimates submitted before April 1, 1969 and final payments in respect of those provinces which participated in the 1968-69 fiscal year.

## Financial experience

For the second consecutive year the program has operated below estimates with respect to the participating provinces. The estimated federal financial contributions to these provinces in respect of their medical care insurance plans were \$196.6 million and actual expenditures were under \$188.4 million.

Tables D1-D4 show the calculation of the monthly advance payments for 1969-70 and total payments made in that year. Tables E1 and E2 show the difference between the actual and estimated costs of the seven participating plans. It should be noted that the difference between the federal contributions with respect to 1969-70 and the federal advances actually made during the fiscal year 1969-70 will be paid or adjusted in the fiscal year 1970-71.

April 1, 1969 Entries:  
Newfoundland  
Nova Scotia  
Manitoba

TABLE D - I  
CALCULATION OF ADVANCES 1969-70  
AS OF APRIL 1, 1969

	Newfoundland		Nova Scotia		Manitoba		Saskatchewan		British Columbia		Total	
	Amount	P.C.C.	Amount	P.C.C.	Amount	P.C.C.	Amount	P.C.C.	Amount	P.C.C.	Amount	P.C.C.
Estimate Cost of Insured Services	\$ 7,390,000	14.27	\$22,130,000	29.55	\$39,771,494	40.92	\$30,551,325	31.79	\$102,626,160	53.34	\$202,468,979	39.51
Fee-for-service Salaried Physicians	4,895,800	9.45	1,449,100	1.93	2,138,253	2.20	2,203,683	2.29	3,369,500	1.75	14,056,336	2.75
TOTAL	12,285,800	23.72	23,579,100	31.48	41,909,747	43.12	32,755,008	34.08	105,995,660	55.09	216,525,315	42.26
50% of National Per Capita Costs												21.13
Estimated Average Number of Insured Persons	518,000		749,000		972,000		961,000		1,924,000		5,124,000	
Estimated Total Federal Contributions	10,945,340		15,826,370		20,538,360		20,305,930		40,654,120		108,270,120	
90% of Estimated Total Federal Contribution	9,850,806		14,243,733		18,484,524		18,275,337		36,588,708		97,443,108	
Monthly Advances	820,900		1,187,000		1,540,400		1,522,900		3,049,100		8,120,300	
Payments April-June 1969 (3 months)	2,462,700		3,561,000		4,621,200		4,568,700		9,147,300		24,360,900	

(\*) P.C.C. = Per Capita Cost

TABLE D - 2  
REVISED CALCULATION OF ADVANCES 1969-70  
AS OF JULY 1, 1969

	Newfoundland Amount P.C.C.	Nova Scotia Amount P.C.C.	Manitoba Amount P.C.C.	Saskatchewan Amount P.C.C.	Alberta Amount P.C.C.	British Columbia Amount P.C.C.	Total Amount P.C.C.
Estimated Cost of Insured Services:							
Fee-for-service	\$ 7,390,000	\$22,130,000	\$39,771,494	\$30,551,325	\$41,894,354	\$102,626,160	\$244,363,333
Salaried Physicians	4,895,800	1,449,100	2,138,253	2,203,683	2,347,500	3,369,500	16,403,836
TOTAL	12,285,800	23,579,100	41,909,747	32,755,008	44,241,854	105,995,660	260,767,169
50% of National Per Capita Cost							20.70
Estimated Average Number of Insured Persons	518,000	749,000	972,000	961,000	1,173,800(x)	1,924,000	6,297,800
Estimated Total Federal Contri- butions	10,722,600	15,504,300	20,120,400	19,892,700	24,297,700	39,826,800	130,364,500
90% of Estimated Total Federal Contribution	9,650,340	13,953,870	18,108,360	17,903,430	21,867,930	35,844,120	117,328,050
Monthly Advances	804,200	1,162,800	1,509,000	1,492,000	2,429,800	2,987,000	10,384,800
Payments July- September 1969 (3 months)	2,412,600	3,488,400	4,527,000	4,476,000	7,289,400	8,961,000	31,154,400

(x) 9/12 of 1,565,000

TABLE D - 3 (Page 1 of 2)

## REVISED CALCULATION OF ADVANCES 1969-70

AS OF OCTOBER 1, 1969

	Newfoundland Amount	P.C.C.	Nova Scotia Amount	P.C.C.	Ontario Amount	P.C.C.	Manitoba Amount	P.C.C.
Estimated Cost of Insured Services:								
Fee-for-Service Salaried Physicians	\$ 7,390,000 4,895,800	14.27 9.45	\$ 22,130,000 1,449,100	29.55 1.93	\$ 124,511,706 7,944,128	34.08 2.17	\$ 39,771,494 2,138,253	40.92 2.20
TOTAL	12,285,800	23.72	23,579,100	31.48	132,455,834	36.25	41,909,747	43.12
50% of National Per Capita Cost								
Estimated Average Number of Insured Persons	518,000		749,000		3,653,513 (x)		972,000	
Estimated Total Federal Contribution	10,234,303		14,798,250		72,183,708		19,204,137	
90% of Estimated Total Federal Contribution	<u>9,210,873</u>		<u>13,318,425</u>		<u>64,965,337</u>		<u>17,283,723</u>	
Monthly Advances	767,600		1,109,900		10,827,600		1,440,300	
Payments October 1969 to March 1970 (6 months)	4,605,600		6,659,400		64,965,600		8,641,800	

(x) 6/12 of 7,307,025  
(y) 9/12 of 1,565,000



TABLE D - 3 (Page 2 of 2)

	Saskatchewan Amount	P.C.C.	Alberta Amount	P.C.C.	British Columbia Amount	P.C.C.	Total Amount	P.C.C.
Estimated Cost of Insured Services:								
Fee-for-Service	\$ 30,551,325	31.79	\$41,894,354	35.69	\$102,626,160	53.34	\$368,865,039	37.79
Salaried Physicians	2,203,683	2.29	2,347,500	2.00	3,369,500	1.75	24,347,964	1.72
TOTAL	32,755,008	34.08	44,241,854	37.69	105,995,660	55.09	393,223,003	39.51
50% of National Per Capita Cost								19.76
Estimated Average Number of Insured Persons	961,000		1,173,800 (y)		1,924,000		9,951,313	
Estimated Total Federal Contribution	18,986,806		23,191,169		38,013,127		196,611,500	
90% of Estimated Total Federal Contribution	17,088,126		20,872,052		34,211,814		176,950,350	
Monthly Advances.	1,424,000		2,319,100		2,851,000		20,739,500	
Payments October 1969 to March 1970 (6 months)	8,544,000		13,914,600		17,106,000		124,437,000	
(x) 6/12 of 7,307,025								
(y) 9/12 of 1,565,000								

TABLE D - 4  
PAYMENTS TO PROVINCES 1969-70

	Newfoundland	Nova Scotia	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	British Columbia	Total	
April to June 1969	\$2,462,700	\$ 3,561,000	\$ -	\$ 4,621,200	\$ 4,568,700	\$ -	\$ 9,147,300	\$ 24,360,900	SEE TABLE D - 1
July to September 1969	2,412,600	3,488,400	-	4,527,000	4,476,000	7,289,400	8,961,000	31,154,400	SEE TABLE D - 2
October 1969 to March 1970	4,605,600	6,659,400	64,965,600	8,641,800	8,544,000	13,914,600	17,106,000	124,437,000	SEE TABLE D - 3
TOTAL ADVANCES	9,480,900	13,708,800	64,965,600	17,790,000	17,588,700	21,204,000	35,214,300	179,952,300 (x)	
October 1969 - Final Adjustment for 1968-69					100,083		901,723	1,001,806	
TOTAL PAYMENTS	9,480,900	13,708,800	64,965,600	17,790,000	17,688,783	21,204,000	36,116,023	180,954,106	

(x) This amount is \$3,001,950 higher than the estimated advances shown on Table D - 3. The reduction in the national per capita cost following Ontario's entry on October 1, 1969, resulted in the other six provinces having received advances greater than 90% of the estimated shareable cost. Advances to these six provinces during the first six months of 1969-70 were based on a higher national per capita cost (see Tables D - 1 and D - 2).

TABLE E - 1

## ACTUAL AND ESTIMATED COSTS

1969-70

	Average Number of Insured Persons	ACTUAL COST			ESTIMATED COST	Over ( Under ) Estimate
		Fee-for- Service	Salaries	Total		
Newfoundland	514,000	\$ 8,385,349	3,876,868	12,262,217	12,285,800	( 23,583)
Nova Scotia	746,000	20,265,628	1,315,978	21,581,606	23,579,100	( 1,997,494)
Ontario	3,580,138 (x)	115,092,022	8,975,664	124,067,686	132,455,834	( 8,388,148)
Manitoba	971,000	37,894,728	1,529,091	39,423,819	41,909,747	( 2,485,928)
Saskatchewan	950,750	29,005,351	1,783,575	30,788,926	32,755,008	( 1,966,082)
Alberta	1,173,000 (y)	40,247,599	1,509,137	41,756,736	44,241,854	( 2,485,118)
British Columbia	1,995,594	103,265,008	3,677,388	106,942,396	105,995,660	946,736
TOTAL	9,930,482	354,155,685	22,667,701	376,823,386	393,223,003	(16,399,617)

(x) 6/12 of 7,160,276

(y) 9/12 of 1,564,000

TABLE E - 2

## ACTUAL AND ESTIMATED ENROLMENT AND PER CAPITA COST

1969-70

	Estimated Number Insured Persons	Average Number of Insured Persons	ACTUAL PER CAPITA COSTS			Estimated Per Capita Cost	Hypothetical Per Capita Cost Based on Full-Year Participation
			Fee-for- Service	Salaries	Total		
Newfoundland	518,000	514,000	\$ 16.31	\$ 7.55	\$23.86	\$23.72	\$27.62
Nova Scotia	749,000	746,000	27.17	1.76	28.93	31.48	35.19
Ontario	3,653,513	3,580,138(x)	32.15	2.50	34.65	36.25	53.94
Manitoba	972,000	971,000	39.03	1.57	40.60	43.11	49.60
Saskatchewan	961,000	950,750	30.51	1.87	32.38	34.08	32.38
Alberta	1,173,800	1,173,000(y)	34.31	1.29	35.60	37.69	47.03
British Columbia	1,924,000	1,995,594	51.75	1.84	53.59	55.09	53.59
TOTAL	9,951,313	9,930,482	35.66	2.28	37.94	39.51	49.35
50% of National Per Capita Cost					18.9731		

(x) - 6/12 of 7,160,276

(y) 9/12 of 1,564,000







Annual Report  
of the  
Minister of National Health and Welfare

respecting operations of the  
Medical Care Act  
for the fiscal year ending March 31, 1971



Health and Welfare Canada

Santé et Bien-être social Canada

AI HW  
554



ANNUAL REPORT  
OF THE  
MINISTER OF NATIONAL HEALTH & WELFARE

RESPECTING OPERATIONS  
OF THE  
MEDICAL CARE ACT

FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 1971

HONOURABLE JOHN MUNRO  
MINISTER





ANNUAL REPORT  
of the  
MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE  
Respecting Operations  
of the  
Medical Care Act  
for the fiscal year ended March 31, 1971

This is the third report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act and related to operations for the fiscal year ended March 31, 1971.

Historical Background

The Medical Care Act (14-15 Elizabeth II, Chap. 64) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act establishes a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make a financial contribution to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are related to comprehensiveness of insured services, universality of coverage, portability of benefits and public administration.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968 and are based on half of the national average per capita cost of the insured services of the national program, excluding administration, multiplied by the average number of insured persons in each province. By the end of the fiscal year all provinces were participating in the program and the Northwest Territories has completed preparations for its plan to commence on April 1, 1971. The Yukon Territory is expected to have its plan in effect by April 1, 1972.

The four main principles embodied in the Act which must characterize the medical care insurance plan of each participating province are:-

1. Comprehensive coverage for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusions except on the grounds that the services were not medically required. The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no financial impediment or preclusion to an insured person receiving necessary medical care. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.

2. Universal availability to all eligible residents of a participating province on equal terms and conditions and covering, in addition, at least ninety percent of the total eligible population (and 95% during the year commencing April 1, 1971). This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time subsidization in whole or in part for low-income groups is permitted, if a plan is financed by means of a premium system.
3. Portability of benefits when the beneficiary is temporarily absent from his own province and when he is moving from one participating province to another. It is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when in individual changes jobs or residence.
4. Administration on a non-profit basis by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

#### Medical Care Program

Because the purpose of the Medical Care Act is to ensure that all Canadians can have access to necessary medical care on a prepaid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces, a Medical Care Program has been established with three closely related activities:

1. Administration of the Medical Care Act.
2. Provision of advisory services to provinces regarding various aspects of the provincial medical care insurance plans.
3. Conducting studies and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies in planning for and delivery of medical services and on the utilization of medical services.

A federal-provincial technical meeting on medical care was held in Ottawa on April 15, 1970, attended by representatives from 9 provinces, to consider items arising from the report of the Committee on Costs of Health Services, possible extensions of the benefit coverage of the national program and various administrative matters concerning the operations of the provincial plans. On November 17, 1970, another technical meeting was held in Ottawa with representatives from 8 provinces attending, to discuss a variety of topics including eligibility and portability of benefits, diagnostic coding of services, patient and physician

identification, professional earnings and provincial fee schedule comparisons.

In keeping with recommendations of the Committee on Costs of Health Services, a technical committee to produce uniform preambles, nomenclature and format to the various physicians' fee schedules was established and held its first meeting in Ottawa on March 22-23, 1971 under the auspices of the Medical Care Directorate. Regional representation from provincial medical associations and medical care insurance plans are included in the membership of this committee.

Officers from the Directorate visited officials of all provincial plans on various occasions during the year. In addition, an officer from the Directorate was a member of a team of senior officials which visited each province on two occasions during the year to discuss with provincial officials possible solutions and detailed administrative procedures whereby problems of eligibility and portability experienced by some residents of Canada in obtaining continuing coverage from provincial hospital and medical care insurance plans when moving between provinces could be resolved. This was consequent upon a decision made at the 1969 Conference of Ministers of Health that the federal government be requested to act as a neutral third party in suggesting ways of resolving the problem. Based on the findings of this team, the federal and provincial Ministers of Health reached agreement on basic principles for improving existing coverage and to work towards their implementation. The Directorate was also represented on the Implementation and Steering Committee charged with establishing priorities amongst the recommendations of the Committee on Costs of Health Services.

The Directorate continued its program of studies related to the economics of medical care and distributed much cost and utilization data to the provincial medical associations and corresponding provincial medical care insurance plans. Its co-ordinating role for the three provincial groups participating in the International Collaborative Study on Medical Care Utilization continued.

The practice of exchanging information and views with counterparts was continued by the Directorate staff through attendance at professional association meetings and symposia, both in Canada and the United States, and through discussions with representatives of foreign governments interested in Canadian developments in the field of medical care insurance.

### Provincial participation

Quebec, Prince Edward Island and New Brunswick introduced medical care insurance plans in fiscal 1970-71 which qualified the provinces to receive federal financial support in respect of these plans under the Medical Care Act. The other provinces had

previously introduced their qualifying plans at various dates in previous fiscal years since July 1, 1968 when federal financial support first became available under the Act. The dates when the various plans were introduced will be found in Table A.

At the commencement of the fiscal year some 14 million Canadians (average number of insured 13,901,620) were covered by the seven provincial plans then in effect. With the introduction of the Quebec, Prince Edward Island and New Brunswick plans between November 1, 1970 and January 1, 1971, the average number of insured in all provinces rose to approximately 21 million, representing some 98% of the eligible population in all provinces. 100% of the eligible population are now insured in Newfoundland, Prince Edward Island, Nova Scotia, New Brunswick, Quebec and Manitoba, over 99% in Saskatchewan and Alberta, nearly 99% in British Columbia and over 95% in Ontario.

### Provincial legislation

During the year under review, the provinces enacted the following legislation related to their provincial medical care insurance plans:-

Alberta	An Act to amend the Alberta Health Care Insurance Act	April 15, 1970
	An Act to amend the Health Insurance Premiums Act	April 15, 1970
	An Act to amend the Alberta Hospitals Act*	April 15, 1970
	*(Sections 4 & 5 assented to April 1, 1970)	
Saskatchewan	An Act to amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act	April 18, 1970
Manitoba	The Health Services Insurance Act	July 21, 1970
Quebec	Health Insurance Act	July 17, 1970
	An Act to amend the Health Insurance Act	October 16, 1970
	An Act to ensure the coming into force of the Health Insurance Plan	October 16, 1970
	An Act respecting medical services	October 16, 1970
P.E.I.	The Health Services Payment Act	July 22, 1970
Newfoundland	An Act to amend the Newfoundland Medical Care Insurance Act	May 13, 1969
N.W.T.	An Ordinance to provide care for residents of the Northwest Territories	July 24, 1970



TABLE A

## PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS (As of March 31, 1971)

NOTE: (1) All plans provide insured services of federal program (i.e. medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospital).

(2) The premiums given in the table are those for persons who do not qualify for premium assistance on account of limited income. The provisions for assistance vary from province to province.

PROVINCE	DATE OF ENTRY	EXTRA BENEFITS <sup>(a)</sup>	PUBLIC AUTHORITY RESPONSIBLE FOR PLAN	Regular premiums payable by those who do not qualify for a subsidy, per month, and other charges <sup>(b)</sup>		
				CATEGORY	REGULAR PREMIUM	OTHER CHARGES
British Columbia	July 1, 1968	Optometry, chiropractic, naturopathy, osteopathy, physiotherapy, podiatry, orthoptic treatment and services of Red Cross nurses, special nurses and V.O.N.	Medical Services Commission, Parliament Buildings, Victoria, B.C. (Insurance contract may be obtained from British Columbia Medical Plan, 1410 Government Street, Victoria, B.C. or approved carriers <sup>(b)</sup> ).	Single	\$5.00	-
				Couple	\$10.00	-
				Family	\$12.50	-
Alberta +	July 1, 1969	Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric, chiropractic, podiatric and osteopathic services and appliances provided by podiatrists. (An optional health services contract is available through the Commission at subsidized rates to residents who are not members of a group.)	Alberta Health Care Insurance Commission, P.O. Box 1360, Edmonton, Alberta.	Single	\$5.75	-
				Couple	\$11.50	-
				Family	\$11.50	-
Saskatchewan	July 1, 1968	Optometry: referred orthodontic service provided by a dentist for care of cleft palate	Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Provincial Health Bldg., 3211 Albert St., Regina, Saskatchewan.	Single	\$1.00	Utilization charges of \$1.50 per doctor's office visit and \$2.00 for house call or hospital emergency dept. visit by doctor <sup>(c)</sup>
				Couple	\$2.00	
				Family	\$2.00	
Manitoba +	April 1, 1969	Optometry, chiropractic	Manitoba Health Services Commission, 599 Express St., Winnipeg 10, Manitoba	Single	\$ .55	-
				Couple	\$1.10	-
				Family	\$1.10	-
Ontario	Oct. 1, 1969	Optometry, chiropractic, podiatry, osteopathy	Ontario Health Services Insurance Plan, 2195 Yonge St. Toronto 295, Ontario. (Insurance contract may be obtained from the Health Insurance Registration Board at same address or through designated agents.)	Single	\$5.90	-
				Couple	\$11.80	-
				Family	\$14.75	-
Quebec	Nov. 1, 1970	Optometry	Quebec Health Insurance Board, P.O. Box 6600, Quebec 2, Quebec.	All eligible residents	-	0.8% of earnings with ceiling of \$200.00/year <sup>(d)</sup>
New Brunswick	Jan. 1, 1971		Dept. of Health, Fredericton, N.B.	All eligible residents	-	-
Nova Scotia	April 1, 1969		Medical Care Insurance Commission, Lord Nelson Building, P.O. Box 500, Halifax, Nova Scotia.	All eligible residents	-	-
Newfoundland	April 1, 1969		Newfoundland Medical Care Insurance Commission, Elizabeth Towers, Elizabeth Avenue, St. John's, Newfoundland.	All eligible residents	-	-
Prince Edward Island	Dec. 1, 1970		Health Services Commission, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I.	All eligible residents	-	-

Coverage depends on residency status rather than on payments of premiums.

\*<sup>(a)</sup> These benefits are provided generally on a limited basis. For specific details, information may be obtained from provincial authority; the federal government is not contributing towards the costs of these extra benefits.

\*<sup>(b)</sup> Approved carriers limited to group coverage.

\*<sup>(c)</sup> Annual family limit for medical and hospitalization utilization fees \$180.00  
Note: Utilization fees were discontinued from Aug. 1/71.

\*<sup>(d)</sup> Single persons with incomes under \$2,000 and families under \$4,000 are exempted.



## Summary of Provincial Medical Care Insurance Plans

Table A summarizes the provincial medical care insurance plans as of March 31, 1971. Detailed descriptions of the provincial plans which were implemented prior to April 1, 1970 will be found in previous annual reports and are still valid, with the exception of the following indicated changes.

### The Saskatchewan Medical Care Insurance Plan

Orthodontic services provided by a dentist for the care of cleft palate, where the beneficiary has been referred to that dentist by a physician or another dentist, were included as an extra benefit from October, 1970.

### The British Columbia Medical Services Plan

The number of licensed carriers which sell the government contract has been reduced to three, the British Columbia Medical Plan (a governmental agency) and two non-profit plans which are limited to the provision of group coverage.

The British Columbia government reduced the non-cost-shared extra benefits of the provincial plan in 1970 to curb rising health care costs.

### Medical Care Plan, Newfoundland

The description of the Medical Care Plan which was included in the Annual Report for the previous fiscal year remains unchanged.

Plan payment is generally based on 90% of the 1967 Schedule of Fees of the Newfoundland Medical Association, as amended. It is of interest to report that the provincial government and the medical association entered an agreement in March 71 to regulate plan payments to individual doctors using as a basis a system of gross income limits and additional proration for plan payments beyond these limits. The agreement became effective on April 1, 1971 and was to be terminated upon the adoption of a new and mutually acceptable fee schedule.

### Medical Services Insurance, Nova Scotia

There are no significant changes to report.

### The Manitoba Health Services Insurance Plan

The provincial medical and hospital insurance plans were amalgamated under one public authority by virtue of legislation assented to on July 27, 1970 and proclaimed on October 30, 1970. The overall health insurance plan is called the Manitoba Health Services Insurance Plan. The new public authority, known as the Manitoba Health Services Commission, replaced the Manitoba Health Services Insurance Corporation. The role of Manitoba Medical Services, previously existing doctor-sponsored insuring agency, as an administrative agency of the Corporation was terminated.

No significant changes occurred in regard to eligibility, premium rates and benefits.

### The Alberta Health Care Insurance Plan

Major revisions were made in the Alberta Health Care Insurance Plan and in the Alberta Hospitalization Benefits Plan with effect from July 1, 1970.

A conjoint premium is now being charged for medical care and hospital insurance. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status. The new regular premium rate per month is \$5.75 for a single subscriber and \$11.50 for a family of two or more persons. Social assistance recipients are not required to pay premiums and scaled subsidies are available for other persons with limited incomes. The previous regular premium rates for medical care insurance were \$5.00 and \$10.00 respectively. In addition, under the Alberta Hospitalization Benefits plan there used to be a daily co-insurance charge of \$2.50 per day in active treatment hospitals. These utilization charges have been eliminated but a \$5.00 registration has been introduced as a charge upon admission to hospital (nil for newborns).

The plan continues to cover all eligible residents with eligibility being based on residency status. Registration is mandatory and there is provision for the registration of any resident who has failed to register when insured services or insured hospital services are received by the resident or his family.

The plan now permits a resident who is not a dependent and who is registered and is not in default of premiums, to opt out of the plan and the provincial Hospitalization Benefits Plan on a yearly basis if his application is received prior to July 1. An approved application is valid for the year July 1 - June 30 and during this period the resident is not liable for premiums and he and his family, if any, are not eligible for benefits of the provincial plans. Options affecting approximately 450 individuals out of more than 1,600,000 were made pursuant to this provision during the fiscal year.

The range of additional benefits, towards the cost of which the federal government is not contributing, have been continued. These include some office dental services and limited optometric, chiropractic, podiatric and osteopathic services, and appliances provided by podiatrists.

Since July 1, 1970 the Commission also makes available to paid up, registered residents who are unable to obtain Blue Cross coverage on a group subscriber plan, an optional health services contract (for hospital differential charges for preferred accommodation, ambulance services, drugs, appliances, home nursing care, naturopathic services, clinical psychological services

and dental care needed because of an accident or injury) at subsidized rates of \$2.00 per month for a single subscriber and \$4.00 per month for a family of two or more persons. The optional coverage is available at reduced premiums for those with limited incomes.

### The Health Services Insurance Plan of Ontario (OHSIP)

The only change in the description of the Ontario plan which was included in last year's annual report has been in regard to extra benefits. The services of chiropractors, osteopaths and podiatrists have been added, on a limited basis, to the optometric benefits which have been provided from the commencement of the provincial plan. These additional benefits were introduced with effect from July 1, 1970.

In October 1970, the provincial government announced a proposed reorganization of the provincial medical care and hospital insurance plans. The intention is to integrate OHSIP and the Ontario Hospital Services Commission plan with a new Ontario Health Insurance Commission being responsible for administering the integrated health insurance program from July 1972. A single health insurance premium structure would come into effect at that time. The use of private insurance carriers as designated agents of the provincial medicare plan will be phased out in the interim.

### The Health Insurance Plan of Quebec

The Quebec Health Insurance Board, an agency of the provincial government, is the public authority which is responsible to the Minister of Social Affairs for the administration of the provincial Health Insurance Plan.

The plan covers all eligible residents of the province. There are no premiums and the plan is financed by a provincial income tax surcharge and by special employer contributions. The provincial Minister of Revenue is responsible for the collection of these funds and remitting them to the Board.

The provincial income tax surcharge requires married persons with a net income exceeding \$4,000 and single persons with a net income exceeding \$2,000 to contribute 0.8% of their net income for this purpose. The maximum annual contribution is \$125.00 for tax-paying employees who derive at least three-quarters of their incomes from their salaries or wages and \$200.00 in other cases. Employers are required to contribute 0.8% of their payrolls.

All residents who are eligible for insured services must be registered with the Board. Each insured person is issued with a plastic registration card which must be presented to the professional concerned when seeking insured services in Quebec. Every medical practitioner, dental surgeon and optometrist lawfully authorized to furnish insured services in Quebec must also register with the Board.



The plan provides for three classes of professional personnel in Quebec:

- (1) Professionals practising within the scope of an agreement between a professional organization and the Minister of Social Affairs. Their patients do not receive any bills for insured services received and the professional rendering insured services is remunerated directly by the Board and in accordance with the tariff provided in the agreement.
- (2) Professionals who have withdrawn and practise outside the plan but who have agreed to be remunerated solely in accordance with the tariff provided in an agreement between a professional organization and the Minister of Social Affairs. These professionals are permitted to bill their patients for insured services rendered. The patients, in turn, are entitled to submit the bills to the Board for payment. On receipt of payment from the Board, it is the responsibility of the patient to pay his doctor. A withdrawn professional is not allowed to bill his patients beyond the allowable tariff subject to the application of the agreement.
- (3) Non-participating professionals who practise outside the scope of the plan. These doctors have not agreed to be remunerated in accordance with the tariff provided in an agreement. They are required to notify any resident requiring their services that he will have to pay any fee charged. A resident of Quebec who receives an otherwise insurable service from a non-participating professional is solely responsible for payment of the professional fee incurred, except in the case of an emergency, when the doctor is remunerated by the Board in accordance with the tariff in the appropriate agreement.

The patient has free choice of physician and physicians may select their mode of practice with respect to the plan as described above. Patients of non-participating health professionals do not have any entitlement to insured benefits payable by the plan.

Insured residents are also entitled to reimbursement for the cost of insured services received outside Quebec on submission of receipts or statements for these services. The maximum reimbursement level is set at the rate payable by the Board for comparable services received in Quebec.

The Health Insurance Plan provides coverage for the insured services of the national program (i.e. the medically required services of medical practitioners and specified surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospital) and certain optometric services. The federal government does not contribute towards the cost of the optometric benefit.

## The Prince Edward Island Health Services Payment Plan

The Health Services Commission of Prince Edward Island is the public authority responsible to the Minister of Health for the administration and operation of the Health Services Payment Plan.

This is a non-premium plan which is financed from general provincial revenues. All eligible residents are covered by the plan and entitlement to insured services is contingent upon an otherwise eligible resident having been a resident of the province for not less than 3 months immediately before the insured services are received.

All beneficiaries are required to be registered with the Commission and have a Social Insurance Number. Family heads or single persons receive a Health Services Registration Certificate following registration. Entitlement to benefits is not contingent upon prior registration. Landed immigrants who register within 3 months of arrival to establish permanent residence are entitled to benefits from the date of registration.

The patient has free choice of physician and physicians may elect to practise outside the plan without their patients losing their entitlement to benefits. When a physician renders a basic health service to an entitled person he may charge the person a fee in excess of the tariff established by the Commission but not exceeding the Schedule of Fees of the provincial medical association if prior notice is given, the extra charge is agreed to in writing and the amount is made known to the Commission. A non-participating physician must give an insured person reasonable notice that his fees will be collected directly rather than through the plan.

Insured services received in another province are paid at the rate payable for these services by the medical care insurance plan in the other province in cases of sudden illness, accident or on referral approved by the Commission. The level of benefit payable for other out-of-province insured services is at the level payable for similar services rendered in Prince Edward Island.

The benefit coverage of the provincial plan is limited to the insured services of the national program.

### Medicare - New Brunswick

The medical care insurance plan in New Brunswick is officially known as "Medicare". The plan is funded from general provincial revenues and it is administered by the Medicare Division of the provincial Department of Health. The Minister of Health is the provincial authority.



Medicare is a non-premium plan which covers all eligible residents who have resided in the province for at least the last three months prior to receiving insured services. Corresponding coverage is provided during periods of temporary absence and for up to three months plus travelling time when a beneficiary ceases to be a resident of the province. No special provisions are required for the coverage of residents with limited incomes.

Insured residents are required to be registered with the Medicare Division. Following registration, a Hospital and Medicare identification card is issued which must be shown to the professional concerned when obtaining an insured service.

Patients have free choice of physician and a physician may decide not to participate in the plan without his patients losing entitlement to benefits. However, he must advise his patients before providing insured services that he is a non-participant. A participating practitioner also has the option in the case of each patient of either billing the plan or billing the patient if he advises the patient in advance that he intends to do so. If the patient is billed by a participating or non-participating physician, the amount of the fee charged must be made known to the plan. The participating practitioner who bills the plan directly must accept the plan payment in respect of his services as payment in full. The only instance in which a physician may charge Medicare and the patient is in the case of a specialist in obstetrics who has provided routine obstetrical care.

The benefit coverage of Medicare is limited to the insured services of the national program.

#### Number of insured persons

The methods for determining the number of insured persons in a province differ, since the method used by a province to finance the provincial share of costs has a direct bearing on the availability of an actual count of insured persons. Thus in some provinces the number of insured persons is estimated from the provincial population as defined in the Medical Care Act and in other cases the number of insured persons is based on a more precise determination.

The Medical Care Act defines "population" to mean the population of the province on the first day of October in that fiscal year as certified by the Chief Statistician of Canada, after excluding members of the Canadian Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. The exclusions amount to some 0.6% of the total population.

#### Exclusions from Insured Services

Insurable residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province

relating to Workmen's Compensation are not entitled to benefits under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:-

- Aeronautics Act
- Civilian War Pensions and Allowances Act
- Government Employees Compensation Act
- Merchant Seamen Compensation Act
- National Defence Act
- Pension Act
- Royal Canadian Mounted Police Act
- Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
- Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act and
- Veterans Rehabilitation Act.

Table B shows by province the estimated average number of insured persons as reported for purposes of advanced payments, the advance estimate of net population as of October 1, 1970 as certified by the Chief Statistician of Canada and the percentage of insured persons to total net population for the fiscal year under review.

Table C shows, by province, the average number of insured persons determined by the provinces following the end of the fiscal year under review, the "net" population as of October 1, 1970 and the percentage of persons actually insured.

#### Formula for Federal Contributions

The amount of the federal contributions to the provinces is calculated on the basis of a formula contained in the Medical Care Act. It has been designed in such a way to provide greater federal assistance to those provinces in which the per capita cost of medical care is lower and to provide for an equitable federal contribution to the provinces, having regard to the considerable variation in the per capita costs between the provinces.

The annual federal contribution to each participating province equals fifty percent of the per capita cost for the year of all insured services of the national program which are furnished pursuant to the medical care insurance plans of the participating provinces multiplied by the average for the year of the number of insured persons in the province at the end of each month in the year. The per capita cost for a year of all insured services of the national program is an amount equal to the aggregate of the cost of the insured services of the national program which are incurred by each of the participating provinces divided by the aggregate of the averages for the year of the number of insured persons in each of the participating provinces at the end of each month in the year.

(Cont'd P. 14)

MEDICAL CARE ACT

NUMBER OF INSURED PERSONS BY PROVINCE

TABLE B - AS USED FOR CALCULATION OF ADVANCE PAYMENT

	Average No. of Insured Persons 1970-71	Advance Estimate of Net Population Oct. 1, 1970	Percentage of Persons Insured
Newfoundland	518,000	518,000	100.0
Prince Edward Island (1)	(109,000) 36,333	(109,000) 36,333	100.0
Nova Scotia	748,000	748,000	100.0
New Brunswick (2)	(617,000) 154,250	(620,000) 155,000	99.5
Quebec (3)	(6,045,000) 2,518,750	(6,045,000) 2,518,750	100.0
Ontario	7,411,300	7,648,000	96.9
Manitoba	975,000	975,000	100.0
Saskatchewan	940,147	949,000	99.1
Alberta	1,600,000	1,600,000	100.0
British Columbia	2,130,000	2,137,000	99.7
TOTAL	(21,093,447) 17,031,780	(21,349,000) 17,285,083	98.5

TABLE B - shows, by province, the estimated average number of insured persons as reported for purposes of advance payments; the advance estimate of net population as of October 1, 1970 as certified by the Chief Statistician of Canada and the percentage of insured to total of net population for the fiscal year under review.

Notes (1), (2), (3) and (4) - The provinces of Quebec, Prince Edward Island and New Brunswick entered the program on November 1st and December 1st, 1970 and January 1, 1971 respectively. In accordance with Section 5(3), of the Act, the "net" population of these three provinces for calculation of the "average" population was reduced to the number of months during which insured services were furnished, i.e. Quebec 5 months (5/12 of net population), Prince Edward Island 4 months (4/12 of net population) and New Brunswick 3 months (3/12 of net population).

TABLE C - AS USED FOR CALCULATION OF FINAL CONTRIBUTIONS

	Average No. of Insured Persons 1970-71	Estimate of Net Population Oct. 1, 1970	Percentage of Persons Insured
Newfoundland	519,000	519,000	100.0
Prince Edward Island (1)	(109,000) 36,333	(109,000) 36,333	100.0
Nova Scotia	751,000	751,000	100.0
New Brunswick (2)	(617,000) 154,250	(617,000) 154,250	100.0
Quebec (3)	(6,009,000) 2,503,750	(6,009,000) 2,503,750	100.0
Ontario	7,317,341	7,672,000	95.4
Manitoba	1,003,252	1,003,252	100.0
Saskatchewan	935,756	935,756	100.0
Alberta	1,604,665	1,605,000	99.9
British Columbia	2,119,748	2,149,000	98.6
TOTAL	(20,985,762) 16,945,095	(21,370,008) 17,329,341	97.8

TABLE C - shows, by province, the average number of insured persons determined by the provinces following the end of the fiscal year under review; the "net" population as of October 1, 1970 and the percentage of persons actually covered.

Since the federal contribution is calculated on an annual basis, the Medical Care Act provides for advances on account of contributions, so that the provinces are not required to wait for reimbursement of the amounts which they are required to pay to doctors on a continuing basis. In order to expedite the payment of advances and, at the same time, to forestall the likelihood of a major financial adjustment after the end of each fiscal year, the formula which is used for the calculation of the advance payments provides for a holdback of up to ten percent of the amount due to the province. The formula for the advance payments, therefore, differs from the formula for the annual contribution in that forty-five percent of the estimated national per capita cost is paid to the provinces as advances on account of contributions.

The remaining five percent of the national per capita cost multiplied by the average number of insured persons in a province, plus or minus adjustment to actual costs, is paid to provinces following receipt of final cost reports from all participating provinces signed by their respective provincial authorities and certified by the provincial auditors.

#### Federal Payments

During the year under review, payments to the provinces consisted of the regular monthly advance payments based on the estimates submitted before April 1, 1970 and final payments in respect of those provinces which participated in the 1969-70 fiscal year.

#### Financial Experience

During the 1970-71 fiscal year, federal payments to provinces under the Medical Care Act totalled \$400,497,393. and consisted of advance payments of \$392,038,000. and the final payment with respect to the 1969-70 fiscal year in the amount of \$8,459,393.

Tables D-1 and D-2 show the calculations of the federal contributions for 1970-71 and payments made in that year. Table E shows the actual and estimated per capita costs for the participating provinces. Table F shows the estimated and actual costs by provinces for each year they participated in the plan.



TABLE D-1

## MEDICAL CARE

## FEDERAL CONTRIBUTIONS 1970-71

	Newfoundland	Prince Edward Island	Nova Scotia	New Brunswick	Quebec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	British Columbia	Total
Net Population - October 1, 1970	519,000	36,333	751,000	154,250	2,503,750	7,672,000	1,003,252	935,756	1,605,000	2,149,000	17,329,361
Average Number of Insured Persons	519,000	36,333 (b)	751,000	154,250 (c)	2,503,750 (d)	7,317,341	1,003,252	935,756	1,604,665	2,119,748	16,945,095
Cost of Insured Services											
- Fee For Service Costs	10,849,950	555,630	28,723,585	1,892,408	60,371,510	418,349,858	50,450,053	32,596,833	80,095,324	117,407,926	801,293,077
- Salary Costs	4,119,678	50,780	1,616,249	212,730	6,505,965	23,103,089	2,590,645	1,974,629	2,487,160	4,455,343	47,116,468
- Total Cost	14,969,628	606,410	30,339,834	2,105,138	66,877,475	441,452,947	53,040,698	34,571,462	82,582,484	121,863,469	848,409,545
Per Capita Cost of Insured Services	28.84	16.69	40.40	13.65	26.71	60.33	52.87	36.95	51.46	57.49	50.07
50% of National Per Capita Cost											25.03
Total Federal Contributions	12,992,685	909,563	18,800,590	3,861,506	62,679,064	183,182,861	25,115,485	23,425,786	40,171,303	53,065,929	424,204,772
Advances Paid During 1970-71	11,986,000	808,600	17,308,500	3,426,600	56,125,600	171,491,900	22,561,200	22,019,900	37,022,900	49,286,800	392,038,000
Final Payment(a)	1,006,685	100,963	1,492,090	434,906	6,553,464	11,690,961	2,554,285	1,405,886	3,148,403	3,779,129	32,166,772

(a) The final payment with respect to 1970-71 is payable in the 1971-72 fiscal year.

(b) 4/12 of 109,000.

(c) 3/12 of 617,000.

(d) 5/12 of 6,045,000.



TABLE D-2

## Payments to Provinces 1970-71

	<u>Newfoundland</u>	<u>Prince Edward Island</u>	<u>Nova Scotia</u>	<u>New Brunswick</u>	<u>Quebec</u>	<u>Ontario</u>	<u>Manitoba</u>	<u>Saskatchewan</u>	<u>Alberta</u>	<u>British Columbia</u>	<u>Total</u>
April to October 1970	7,176,400	-	10,363,500	-	-	102,680,900	13,508,600	13,290,900	22,167,600	29,510,600	198,698,500
November 1970	967,000	-	1,396,300	-	11,284,400	13,835,000	1,820,100	1,755,000	2,986,800	3,976,100	38,020,700
December 1970	965,600	203,200	1,394,300	-	11,268,200	13,815,100	1,817,500	1,752,500	2,982,500	3,970,500	38,169,400
January - March 1971	2,877,000	605,400	4,154,400	3,426,600	33,573,000	41,160,900	5,415,000	5,221,500	8,886,000	11,829,600	117,149,400
Total Advances	11,986,000	808,600	17,308,500	3,426,600	56,125,600	171,491,900	22,561,200	22,019,900	37,022,900	49,286,800	392,038,000
October 1970 - Final Adjustment for 1969-70	271,256	-	445,108	-	-	2,960,595	632,847	449,943	1,051,407	2,648,237	8,459,393
Total Payments	12,257,256	808,600	17,753,608	3,426,600	56,125,600	174,452,495	23,194,047	22,469,843	38,074,307	51,935,037	400,497,393

(x) The national per capita cost was re-calculated each time a province joined the plan (i.e. November 1, 1970 - Quebec; December 1, 1971 - Prince Edward Island; January 1, 1971 - New Brunswick). The reduction in the national per capita cost following the entry of these provinces resulted in the other provinces having received advances greater than 90% of their estimated shareable cost. Advances to these provinces during the first nine months of 1970-71 were based on a higher national per capita cost.

TABLE E

Actual and Estimated Enrolment and Per Capita Cost  
1970-1971

	Estimated No. of Insured Persons	Estimated Per Capita Cost (d)	Actual Average No. of Insured Persons	Actual		Hypothetical Per Capita Cost Based on Full Year Participation	
				Per Capita Cost			
				Fee-For Service	Salaries		Total
Newfoundland	518,000	29.20	519,000	20.91	7.93	28.84	28.84
Prince Edward Island	36,333	16.60	36,333 (a)	15.29	1.40	16.69	35.67
Nova Scotia	748,000	40.79	751,000	38.25	2.15	40.40	40.40
New Brunswick	154,250	12.05	154,250 (b)	12.27	1.38	13.65	34.85
Quebec	2,518,750	32.32	2,503,750 (c)	24.11	2.60	26.71	49.59
Ontario	7,411,300	57.84	7,317,341	57.17	3.16	60.33	60.33
Manitoba	975,000	52.10	1,003,252	50.29	2.58	52.87	52.87
Saskatchewan	940,147	36.11	935,756	34.84	2.11	36.95	36.95
Alberta	1,600,000	50.14	1,604,665	49.91	1.55	51.46	51.46
British Columbia	2,130,000	55.23	2,119,748	55.39	2.10	57.49	57.49
Total	17,031,780	49.36	16,945,095	47.29	2.78	50.07	52.52

(a) 4/12 of 109,000

(b) 3/12 of 617,000

(c) 5/12 of 6,045,000

(d) Used for calculating advance payments to provinces

TABLE F

Medical Care Act  
Cost of Insured Services by Province  
1968-69 to 1970-71

	Estimated Costs As Used for Calculation of Advance Payments			Used for Calculation of Final Contributions		
	<u>1968-69</u>	<u>1969-70</u>	<u>1970-71</u>	<u>1968-69</u>	<u>1969-70</u>	<u>1970-71</u>
			<u>TOTAL</u>			<u>TOTAL</u>
Newfoundland		12,285,800	15,125,895		12,262,217	14,969,628
Prince Edward Island			603,075			606,410
Nova Scotia		23,579,100	30,507,258		21,581,606	30,339,834
New Brunswick			1,859,618			2,105,138
Quebec			81,406,966			66,877,475
Ontario		132,455,834	428,687,082		124,067,686	441,452,947
Manitoba		41,909,747	50,800,000		39,423,819	55,040,698
Saskatchewan	20,929,879	32,755,008	33,950,034	17,877,073	30,788,926	34,571,462
Alberta		44,241,854	80,226,179		41,756,736	82,582,484
British Columbia	52,329,000	105,995,660	117,647,000	50,058,739	106,942,396	121,863,469
TOTAL	73,258,879	393,223,003	840,813,107	67,935,812	376,823,386	848,409,545
			1,307,294,989			1,293,168,743







TABLEAU F

Loi sur les soins médicaux  
Coût des services assurés par province  
1968-1969 à 1970-1971

	Coûts estimatifs utilisés dans le calcul des avances					Coûts finals utilisés dans le calcul des contributions finales				
	<u>1968-1969</u>	<u>1969-1970</u>	<u>1970-1971</u>	<u>TOTAL</u>	<u>1968-1969</u>	<u>1969-1970</u>	<u>1970-1971</u>	<u>TOTAL</u>		
Terre-Neuve		12,285,800	15,125,895	27,411,695		12,262,217	14,969,628	27,231,845		
Ile-du-Prince-Edouard			603,075	603,075			606,410	606,410		
Nouvelle-Ecosse		23,579,100	30,507,258	54,086,358		21,581,606	30,339,834	51,921,440		
Nouveau-Brunswick			1,859,618	1,859,618			2,105,138	2,105,138		
Québec			81,406,966	81,406,966			66,877,475	66,877,475		
Ontario		132,455,834	428,687,082	561,142,916		124,067,686	441,452,947	565,520,633		
Manitoba		41,909,747	50,800,000	92,709,747		39,423,819	53,040,698	92,464,517		
Saskatchewan	20,929,879	32,755,008	33,950,034	87,634,921	17,877,073	30,788,926	34,571,462	83,237,461		
Alberta		44,241,854	80,226,179	124,468,033		44,756,736	82,582,484	124,339,220		
Colombie-Britannique	52,329,000	105,995,660	117,647,000	275,971,660	50,058,739	106,942,396	121,863,469	278,864,604		
TOTAL	73,258,879	393,223,003	840,813,107	1,307,294,989	67,935,812	376,823,386	848,409,545	1,293,168,743		

TABLEAU E  
Chiffres réels et estimatifs du nombre d'assurés et coût par habitant  
1970-1971

	Nombre estimatif d'assurés	Coût esti- matif par habi- tant (d)	Nombre réel d'assurés	Coût réel par habitant		Coût hypothétique par habitant, fondé sur une année entière de participation
				Rémunération à l'acte	Salaires Total	
Terre-Neuve	518,000	29.20	519,000	20.91	7.93 28.84	28.84
Île-du-Prince- Édouard	36,333	16.60	36,333(a)	15.29	1.40 16.69	35.67
Nouvelle-Écosse	748,000	40.79	751,000	38.25	2.15 40.40	40.40
Nouveau- Brunswick	154,250	12.05	154,250(b)	12.27	1.38 13.65	34.85
Québec	2,518,750	32.32	2,503,750(c)	24.11	2.60 26.71	49.59
Ontario	7,411,300	57.84	7,317,341	57.17	3.16 60.33	60.33
Manitoba	975,000	52.10	1,003,252	50.29	2.58 52.87	52.87
Saskatchewan	940,147	36.11	935,756	34.84	2.11 36.95	36.95
Alberta	1,600,000	50.14	1,604,665	49.91	1.55 51.46	51.46
Colombie- Britannique	2,130,000	55.23	2,119,748	55.39	2.10 57.49	57.49
Total	17,031,780	49.36	16,945,095	47.29	2.78 50.07	52.52

a) 4/12 de 109,000  
b) 3/12 de 617,000  
c) 5/12 de 6,045,000  
d) Employé pour calculer les avances aux provinces.

TABLEAU D-2

Versements aux provinces en 1970-1971

	Ile-du- Terre- Neuve	Prince- Edouard	Nouvelle- Ecosse	Nouveau- Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie- Britannique	Total
Avril à octobre 1970	7,176,400	-	10,363,500	-	-	102,680,900	13,508,600	13,290,900	22,167,600	29,510,600	198,698,500
Novembre 1970	967,000	-	1,396,300	-	11,284,400	13,835,000	1,820,100	1,755,000	2,986,800	3,976,100	38,020,700
Décembre 1970	965,600	203,200	1,394,300	-	11,268,200	13,815,100	1,817,500	1,752,500	2,982,500	3,970,500	38,169,400
Janvier à mars 1971	2,877,000	605,400	4,154,400	3,426,600	33,573,000	41,160,900	5,415,000	5,221,500	8,886,000	11,829,600	117,149,400
Total des avances	11,986,000	808,600	17,308,500	3,426,600	56,125,600	171,491,900	22,561,200	22,019,900	37,022,900	49,286,800	392,038,000
Octobre 1970 - Redres- sement final pour 1969-1970	271,256	-	445,108	-	-	2,960,595	632,847	449,943	1,051,407	2,648,237	8,459,393
Total des versements	12,257,256	808,600	17,753,608	3,426,600	56,125,600	174,452,495	23,194,047	22,469,843	38,074,307	51,935,037	400,497,393

X) Le coût national par habitant a été recalculé chaque fois qu'une province a adhéré au Programme (c'est-à-dire, le 1<sup>er</sup> novembre 1970 - Québec; le 1<sup>er</sup> décembre 1971 - Ile-du-Prince-Edouard; le 1<sup>er</sup> janvier 1971 - Nouveau-Brunswick). La diminution du coût national par habitant, par suite de la participation de ces provinces au régime fédéral, a modifié les résultats du calcul des coûts partageables. Les avances faites à ces provinces, pour les neuf premiers mois de 1970-1971, ont été supérieures à 90 p. 100 des coûts partageables, puisqu'elles avaient été calculées en fonction d'un coût plus élevé par habitant.

TABLEAU D-1  
SOINS MÉDICAUX  
CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES 1970-1971

	Terre- Neuve	Ile-du- Prince- Édouard	Nouvelle- Écosse	Nouveau Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie- Britannique	Total
Population nette - 1 <sup>er</sup> octobre 1970	519,000	36,333	751,000	154,250	2,503,750	7,672,000	1,003,252	935,756	1,605,000	2,149,000	17,329,341
Nombre moyen d'assurés	519,000	36,333 (b)	751,000	154,250 (c)	2,503,750 (d)	7,317,341	1,003,252	935,756	1,604,665	2,119,748	16,945,095
Coût des services assurés											
- Rémunération à l'acte	10,849,950	555,630	28,723,585	1,892,408	60,371,510	418,349,858	50,450,053	32,596,833	80,095,324	117,407,926	801,293,077
- Salaires	4,119,678	50,780	1,616,249	212,730	6,505,965	23,103,089	2,590,645	1,974,629	2,487,160	4,455,543	47,116,468
- Coût total	14,969,628	606,410	30,339,834	2,105,138	66,877,475	441,452,947	53,040,698	34,571,462	82,582,484	121,863,469	848,409,545
Coût par habitant des services assurés	28.84	16.69	40.40	13.65	26.71	60.33	52.87	36.95	51.46	57.49	50.07
50 p. 100 du coût national par habitant											25.03
Total des contributions fédérales	12,992,685	909,563	18,800,590	3,861,506	62,679,064	183,182,861	25,115,485	23,425,786	40,171,303	53,065,929	424,204,772
Avances (1970-1971)	11,986,000	808,600	17,308,500	3,426,600	56,125,600	171,491,900	22,561,200	22,019,900	37,022,900	49,286,800	392,038,000
Versement final(a)	1,006,685	100,963	1,492,090	434,906	6,553,464	11,690,961	2,554,285	1,405,886	3,148,403	3,779,129	32,166,772

a) Le versement final de 1970-1971 peut être fait pendant l'année financière 1971-1972.

b) 4/12 de 109,000.

c) 3/12 de 617,000.

d) 5/12 de 6,045,000.

LOI SUR LES SOINS MEDICAUX  
NOMRE D'ASSURES PAR PROVINCE

TABIEAU B - DONNEES UTILISEES POUR LE CALCUL DES VERSEMENTS  
ANTICIPES

Province	Nombre moyen d'assurés 1970-1971	Evaluation anticipée de la population nette au 1er octobre 1970	Pourcentage d'assurés
Terre-Neuve	518,000	518,000	100.0
Ile-du-Prince-Edouard (1)	(109,000) 36,333	(109,000) 36,333	100.0
Nouvelle-Ecosse	748,000	748,000	100.0
Nouveau-Brunswick (2)	(617,000) 154,250	(620,000) 155,000	99.5
Québec (3)	(6,045,000) 2,518,750	(6,045,000) 2,518,750	100.0
Ontario	7,411,300	7,648,000	96.9
Manitoba	975,000	975,000	100.0
Saskatchewan	940,147	949,000	99.1
Alberta	1,600,000	1,600,000	100.0
Colombie-Britannique	2,130,000	2,137,000	99.7
TOTAL	(21,093,447) 17,031,780	(21,349,000) 17,285,083	98.5

TABIEAU C - DONNEES UTILISEES POUR LE CALCUL DES CONTRIBUTIONS  
DEFINITIVES

	Nombre moyen d'assurés 1970-1971	Evaluation de la population nette au 1er octobre 1970	Pourcentage d'assurés
	519,000	519,000	100.0
	(109,000) 36,333	(109,000) 36,333	100.0
	751,000	751,000	100.0
	(617,000) 154,250	(617,000) 154,250	100.0
	(6,009,000) 2,503,750	(6,009,000) 2,503,750	100.0
	7,317,341	7,672,000	95.4
	1,003,252	1,003,252	100.0
	935,756	935,756	100.0
	1,604,665	1,605,000	99.9
	2,119,748	2,149,000	98.6
	(20,985,762) 16,945,095	(21,370,008) 17,329,341	97.8

TABIEAU B - Indique, par province, l'évaluation du nombre moyen d'assurés, données qui ont servi dans le calcul des avances, l'évaluation anticipée de la population nette au 1er octobre 1970, déterminée par le directeur du Bureau de la statistique du Canada, de même que le pourcentage d'assurés par rapport à la population nette au cours de l'année financière à l'étude.

TABIEAU C - Indique, par province, le nombre moyen d'assurés, déterminé par les provinces à la fin de l'année financière à l'étude, la population "nette" au 1er octobre 1970 et le pourcentage d'assurés.

Notes 1), 2), 3) et 4) - Le Québec, l'Ile-du-Prince-Edouard et le Nouveau-Brunswick ont adhéré au Programme le 1er novembre et le 1er décembre 1970, et le 1er janvier 1971, respectivement. En vertu de l'article 53 de la loi, la population "nette" de ces trois provinces aux fins du calcul de la population "moyenne" a été réduite en fonction du nombre de mois pendant lesquels les services ont été fournis, c'est-à-dire 5 mois dans le cas du Québec (5/12 de la population nette), 4 mois dans le cas de l'Ile-du-Prince-Edouard (4/12 de la population nette) et 3 mois dans le cas du Nouveau-Brunswick (3/12 de la population nette).



Au cours de l'année financière 1970-1971, le gouvernement fédéral a versé aux provinces, en vertu de la Loi sur les soins médicaux, la somme globale de \$400,497,393, dont \$392,038,000 représentent les avances et \$8,459,393 le versement final pour l'année financière 1969-1970.

Les tableaux D-1 et D-2 indiquent le calcul des contributions fédérales et les versements effectués durant l'année financière 1970-1971. Le tableau E montre le coût réel et estimatif par habitant, pour chacune des provinces participantes. Le tableau F indique les coûts estimatifs et réels par province, pour chaque année où elles ont participé au régime.

aux provinces dans lesquelles le coût des soins médicaux par habitant est moins élevé et en vue d'allouer une contribution fédérale équitable aux provinces, eu égard à la grande variation des frais par habitant dans les provinces.

La contribution fédérale annuelle versée à chaque province participante est égale à 50 p. 100 du coût par habitant, pour l'année, de tous les services assurés par le Programme fédéral en vertu des régimes d'assurance médicale des provinces participantes, multipliés par la moyenne, pour l'année, du nombre de personnes assurées dans la province à la fin de chaque mois de l'année. Le coût par habitant, pour une année, de tous les services assurés par le Programme fédéral est égal à l'ensemble des frais des services assurés par le Programme fédéral engagés par chacune des provinces participantes, divisé par l'ensemble des moyennes, pour l'année, des personnes assurées dans chacune des provinces participantes à la fin de chaque mois de l'année.

Étant donné que la contribution fédérale se calcule sur une base annuelle, la Loi sur les soins médicaux prévoit le paiement d'avances à titre de contributions, de manière que les provinces ne soient pas tenues d'attendre le remboursement des montants qu'elles doivent payer aux médecins sur une base permanente. En vue d'activer le paiement des avances et, en même temps, de prévenir probablement un redressement financier important à la fin de chaque année financière, la formule utilisée pour le calcul des paiements anticipés prévoit une retenue pouvant aller jusqu'à 10 p. 100 sur le montant dû à la province. La formule de calcul des paiements anticipés diffère donc de la formule de calcul de la contribution annuelle du fait que 45 p. 100 du coût fédéral estimé par habitant est versé aux provinces, sous la forme d'avances à titre de contributions.

Sur réception des rapports définitifs des coûts présentés par toutes les provinces participant à l'entente, dûment signés par les autorités provinciales compétences et certifiés par les vérificateurs provinciaux, on verse aux provinces les derniers 5 p. 100 du coût national, par personne, multiplié par le nombre d'assurés dans la province en cause, après redressement, en plus ou en moins, par rapport au coût réel.

### Versements fédéraux

Au cours de l'année à l'étude, les versements effectués aux provinces comportaient les avances mensuelles régulières fondées sur les estimations présentées avant le 1<sup>er</sup> avril 1970 et les versements définitifs aux provinces participantes pendant l'année financière 1969-1970.

d'autres lois fédérales sont exclus des prestations prévues par la Loi sur les soins médicaux pour tout ce qui se rapporte à une invalidité donnant droit à une indemnité. Les lois fédérales dont il s'agit sont les suivantes :

Loi autorisant le contrôle de l'aéronautique;  
Loi concernant les pensions et allocations de guerre destinées à des civils;

Loi sur l'indemnisation des employés de l'Etat;

Loi concernant l'indemnisation des marins marchands;

Loi concernant la défense nationale;

Loi sur les pensions;

Loi concernant la Gendarmerie royale du Canada;

Loi sur la contribution des pensions de la Gendarmerie royale du Canada;

Loi concernant la pension de retraite des membres de la Gendarmerie royale du Canada et

Loi établissant des allocations de réadaptation pour les anciens combattants.

Le tableau B indique, par province, l'estimation moyenne du nombre d'assurés tel qu'il est rapporté aux fins de paiement par anticipation, l'évaluation anticipée du nombre net d'habitants au 1<sup>er</sup> octobre 1970, confirmée par le directeur du Bureau de la statistique du Canada, et le pourcentage de personnes assurées par rapport au total net des habitants pour l'année financière à l'étude.

Le tableau C indique, par province, le nombre moyen d'assurés, selon les estimations des provinces, au terme de l'année financière considérée, le nombre net d'habitants au 1<sup>er</sup> octobre 1970 et le pourcentage des personnes effectivement assurées.

#### Formule de calcul des contributions fédérales

Le montant des contributions fédérales aux provinces est calculé d'après une formule prévue par la Loi sur les soins médicaux. Cette formule a été établie de façon à fournir une aide fédérale plus importante

Les résidents assurables d'une province participante qui sont admissibles et ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien, ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidents du travail, ne sont pas admissibles aux prestations en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu

#### Personnes non admissibles au Régime

La Loi sur les soins médicaux définit le mot "population" comme étant la population de la province au premier jour d'octobre de l'année financière en cause, telle que l'atteste le directeur du Bureau de la statistique du Canada, à l'exclusion des membres des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes détenues dans les pénitenciers, aux termes de la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente environ 0.6 p. 100 de la population globale.

Les méthodes de dénombrement des assurés d'une province ne sont pas uniformes du fait que les modalités de financement de la participation ont une répercussion sur le calcul du nombre des assurés. C'est ainsi que, dans certaines provinces, l'estimation de ce nombre se fonde sur la notion de "population de la province", telle que la définit la Loi sur les soins médicaux, alors qu'en d'autres cas ce sont des critères plus précis qui servent à déterminer le nombre des assurés.

#### Nombre d'assurés

Le bénéfice des prestations de Médicare est limité aux services assurés du Programme fédéral.

Les malades sont libres de choisir leur médecin, et ce dernier peut décider de ne pas participer au régime sans que ses clients perdent leur droit aux prestations. Cependant, il doit informer ses clients qu'il n'adhère pas au régime, avant de dispenser des soins assurés. Un praticien participant peut aussi présenter sa note d'honoraires, dans tous les cas, soit au régime d'assurance médicale, soit au client, pourvu qu'il avise celui-ci à l'avance de son intention. Le montant des honoraires demandés à un malade par un médecin, qu'il participe au régime ou non, doit être communiqué à la Division de l'assurance médicale du ministère de la Santé. Le médecin conventionné qui perçoit ses honoraires directement accepte la rétribution versée par le régime comme rémunération unique. Le seul spécialiste autorisé à demander des honoraires de Médicare et du malade est le spécialiste en obstétrique, dans le cas de soins obstétricaux réguliers.



Le malade est libre de choisir son médecin et ce dernier peut exercer sa profession en dehors du régime, sans que ses clients perdent leur droit aux prestations. Lorsqu'un médecin dispense des soins médicaux de base à un ayant droit, il peut demander des honoraires dépassant les taux établis par la Commission, mais n'excédant pas ceux qui sont fixés par l'association provinciale des médecins, pourvu qu'il en avise d'abord le malade, qu'il obtienne son consentement écrit et qu'il indique le montant des honoraires à la Commission. Le médecin non conventionné avertira l'assuré qu'il percevra ses honoraires directement sans s'adresser au régime.

Les services assurés reçus dans une autre province sont remboursés au taux prévu par le régime d'assurance médicale de cette province, dans les cas de maladie soudaine, d'accident ou pour les cas dirigés approuvés par la Commission. Dans le cas d'autres services assurés dispensés à l'extérieur de la province, le taux de remboursement correspond à celui qui est fixé pour des services semblables dans l'Île-du-Prince-Édouard.

La garantie du régime provincial est limitée aux services assurés du Programme fédéral.

#### Le Régime d'assurance médicale du Nouveau-Brunswick

Le régime d'assurance médicale du Nouveau-Brunswick est officiellement connu sous le nom de Medicare. Le régime est financé par les revenus généraux de la province et est administré par la Medicare Division du ministère de la Santé. Il relève du

Medicare est un régime sans prime offert à tous les résidents admissibles domiciliés dans la province depuis au moins trois mois immédiatement avant la date de recours au service assuré. La même garantie est prévue pendant les périodes d'absence temporaire, et jusqu'à trois mois, plus le temps du voyage, après qu'un bénéficiaire a cessé de résider dans la province. Il n'y a aucune démarche spéciale à entreprendre pour la protection des citoyens à faible revenu.

Les résidents assurés doivent s'inscrire à la Medicare Division. Après l'inscription, une carte d'identité leur est délivrée qui est valable pour l'assurance médicale et l'assurance-hospitalisation; il faut présenter cette carte au professionnel lorsqu'on reçoit un service assuré.



soins. Le résident qui reçoit un service normalement assuré d'un spécialiste non conventionné n'est tenu de payer que les honoraires exigés, sauf dans les cas d'urgence, où le professionnel est rétribué par la Régie selon le taux prévu par la convention en cause.

Le malade peut choisir son médecin et les médecins sont libres d'exercer leur profession, à l'égard du régime, selon les règles décrites ci-dessus. Les clients de professionnels de la santé non conventionnés n'ont pas droit aux avantages prévus par le régime pour les services assurés.

Un résident assuré a droit au remboursement du coût des services assurés qui lui ont été fournis hors du Québec, pourvu qu'il présente à la Régie les reçus d'honoraires qu'il a payés ou les relevés de compte pour ces services. Le remboursement ne peut dépasser celui qui est prévu par la Régie pour les mêmes services assurés dispensés au Québec.

Le régime d'assurance-maladie du Québec garantit les services assurés du Programme fédéral (c'est-à-dire les services que rendent les médecins et qui sont requis du point de vue médical, ainsi que certaines opérations de chirurgie dentaire pratiquées par les chirurgiens-dentistes dans un hôpital) et certains services d'optométrie. Le gouvernement fédéral ne participe pas au financement des soins optométriques.

#### The Prince Edward Island Health Services Payment Plan

Le Health Services Payment Plan relève du ministère provincial de la Santé et est administré par la Health Services Commission de l'Île-du-Prince-Édouard.

Il s'agit d'un régime où les assurés ne versent pas de primes et qui est financé par les revenus généraux de la province. Tous les résidents admissibles sont protégés par le régime; un résident non admissible aux services assurés peut acquérir l'admissibilité s'il a résidé dans la province pendant les trois mois qui ont immédiatement précédé le recours au service assuré.

Tous les bénéficiaires sont tenus de s'inscrire auprès de la Commission et d'avoir un numéro d'assurance sociale. Les chefs de famille et les personnes seules qui se sont inscrits reçoivent un certificat d'inscription au régime. Le droit aux prestations ne dépend pas de l'inscription. Les immigrants reçus qui s'inscrivent dans les trois mois suivant leur arrivée dans la province en vue d'y élire domicile permanent ont droit aux avantages dès l'inscription.

Le régime assure tous les résidents admissibles de la province. Il n'y a pas de prime et le régime est financé par un impôt provincial supplémentaire sur le revenu et des contributions spéciales des employeurs. Les fonds sont collectés par le ministère provincial du Revenu et remis à la Régie.

L'impôt provincial supplémentaire sur le revenu représente une contribution de . 8 p. 100 du revenu net des personnes mariées et des personnes vivant seules dont le revenu net excède respectivement \$4,000 et \$2,000. La contribution annuelle maximale est de \$125 pour les contribuables dont le salaire constitue au moins les trois quarts du revenu, et de \$200 dans les autres cas. Les employeurs doivent contribuer . 8 p. 100 du montant de salaires qu'ils payent.

Tous les résidents admissibles aux services assurés doivent s'inscrire à la Régie. Cette dernière délivre, une carte d'inscription en plastique à présenter au professionnel consulté lorsque l'assuré requiert des services assurés au Québec. Tout médecin, chirurgien-dentiste et optométriste autorisé à dispenser des services assurés au Québec est aussi tenu de s'inscrire à la Régie.

Le régime prévoit trois catégories de professionnels au Québec:

1. Les professionnels qui pratiquent en vertu d'une convention passée entre un organisme professionnel et le ministère des Affaires sociales. Leurs malades ne reçoivent aucun relevé pour les services assurés reçus et le professionnel qui dispense ces services reçoit ses honoraires directement de la Régie selon le tarif fixé par l'entente.
2. Les professionnels qui, après s'être retirés, pratiquent en dehors du régime, et ont accepté d'être rémunérés uniquement selon le tarif d'honoraires fixé par une convention conclue entre un organisme professionnel et le ministère des Affaires sociales. Ces professionnels peuvent exiger des honoraires de leurs malades pour les services assurés rendus. Le malade, lui, a le droit de présenter la note d'honoraires à la Régie pour remboursement. Sur réception du paiement de la Régie, le client paie lui-même son médecin. Le professionnel qui s'est retiré du régime ne peut exiger de ses clients, des honoraires qui dépassent les taux conventionnels.

3. Les professionnels non conventionnés qui exercent leur profession en dehors du régime. Ces professionnels ont refusé d'être rémunérés selon un tarif conventionnel. Ils sont tenus d'aviser les résidents ayant recours à leurs services qu'ils devront assumer entièrement le coût des

La gamme de services supplémentaires, dont le gouvernement fédéral ne partage pas le coût, a été maintenue. Ces services comprennent certains soins dentaires dispensés en cabinet dentaire privé et, sur une base limitée, les services d'optométrie, de chiropraxie, de podiatrie et d'ostéopathie ainsi que certaines prothèses podiatriques.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1970, la Commission offre aux résidents inscrits qui ont payé leurs primes et qui ne peuvent obtenir une assurance de groupe de la Croix Bleue, un contrat facultatif de services médicaux (frais d'hospitalisation supplémentaires pour chambre spéciale, services d'ambulance, médicaments, prothèses, soins infirmiers à domicile, services d'un spécialiste de la médecine naturelle, services de psychologie clinique et soins dentaires à la suite d'un accident ou d'une blessure) payés par l'État à raison de \$2 par mois (personne seule) et de \$4 par mois (famille de deux personnes ou plus). L'assurance facultative est aussi offerte, à ceux qui ont un revenu limité, à des taux réduits.

#### The Health Services Insurance Plan of Ontario (OHSIP)

Le seul changement dans la description du régime de l'Ontario qui figure au dernier rapport annuel concerne les avantages supplémentaires. Les soins de chiropraxie, d'ostéopathie et de podiatrie ont été ajoutés, sur une base limitée, aux soins optométriques qui sont assurés depuis l'entrée en vigueur du régime provincial. Ces services supplémentaires sont offerts depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1970.

En octobre 1970, le gouvernement provincial a annoncé son intention de réorganiser les régimes d'assurance médicale et d'assurance hospitalisation, en intégrant OHSIP et la Ontario Hospital Services Commission pour former une nouvelle commission d'assurance-maladie (Régie de l'assurance-maladie de l'Ontario) qui sera chargée d'administrer le nouveau régime d'assurance-maladie à partir de juillet 1972. A compter de cette date, une seule prime d'assurance-maladie sera exigée. Entre-temps, les assureurs privés cesseront peu à peu de servir d'agents autorisés du régime provincial d'assurance médicale.

#### Le régime d'assurance-maladie du Québec

La Régie de l'assurance-maladie, organisme du gouvernement provincial, est responsable devant le ministre des Affaires sociales de l'administration du régime provincial d'assurance-maladie.



Le nom de Manitoba Health Services Commission remplace le Manitoba Health Services Insurance Corporation. Le Manitoba Medical Services, groupe d'assurances patronné par des médecins avant l'entrée en vigueur du régime, a cessé d'exercer le rôle d'organisme administratif de la Corporation.

Aucun changement important n'a été apporté relativement à l'admissibilité, aux taux des primes et aux prestations.

### Le Régime d'assurance médicale de l'Alberta

Les régimes d'assurance médicale et d'assurance-hospitalisation de l'Alberta ont subi des révisions importantes devant entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1970.

On demande maintenant une seule prime pour l'assurance médicale et l'assurance-hospitalisation. L'admissibilité à l'assurance-hospitalisation est fonction de la situation du candidat en matière d'assurance médicale. Le nouveau taux mensuel de la prime normale est de \$5, 75 pour un cotisant isolé et de \$11, 50 pour une famille de deux personnes ou plus. Les assistés sociaux ne sont pas tenus de payer de primes et une aide financière proportionnée aux besoins est prévue pour les autres participants dont le revenu est limité. Auparavant, les primes normales pour l'assurance médicale étaient de \$5 (personne seule) et de \$10 (famille de deux ou plus). En plus de la prime normale d'assurance, un montant de \$2, 50 par jour était exigé dans les hôpitaux de traitement actif, en vertu du Alberta Hospitalization Benefits Plan. Ces frais de participation ont été éliminés, mais on demande maintenant \$5 comme frais d'inscription à l'hôpital (sauf dans le cas des nouveau-nés).

Le régime continue d'assurer tous les résidents admissibles, l'admissibilité étant déterminée par le lieu de résidence. L'inscription est obligatoire et des dispositions ont été prévues pour l'inscription des résidents qui ont omis de le faire, lorsque ces derniers, ou leur famille, reçoivent des soins médicaux ou hospitaliers assurés.

Les résidents autonomes qui sont inscrits et ont payé leurs primes peuvent maintenant se retirer du régime d'assurance médicale et du régime provincial d'assurance-hospitalisation sur une base annuelle, pourvu que la demande en soit faite avant le 1<sup>er</sup> juillet. Une demande approuvée est valable un an, du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin, durant cette période, le résident ne paie aucune prime et n'a pas droit aux prestations des régimes provinciaux, de même que sa famille. Environ 450 personnes, sur plus de 1, 600, 000 se sont prévalues de cette disposition au cours de l'année financière écoulée.

#### Le Régime d'assurance médicale de la Saskatchewan

Les services d'orthodontie rendus par un dentiste pour le soin d'un palais fendu, lorsqu'un médecin ou un autre dentiste a envoyé le bénéficiaire chez ce dentiste, figurent parmi les services supplémentaires depuis octobre 1970.

#### Le Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique

Le nombre d'assureurs autorisés à vendre le contrat du gouvernement a été réduit à trois: le British Columbia Medical Plan (un organisme gouvernemental) et deux régimes à but non lucratif, qui se limitent à l'assurance de groupe.

En 1970, le gouvernement de la Colombie-Britannique a réduit les services supplémentaires à frais non partagés du régime provincial, en vue d'enrayer la hausse du coût des soins médicaux.

#### Le Régime d'assurance médicale de Terre-Neuve

La description du régime d'assurance médicale (Medical Care Plan) qui figure dans le rapport annuel de l'année financière précédente demeure la même.

La rémunération en vertu du régime se fait habituellement à raison de 90 p. 100 du tarif d'honoraires, révisé de 1967, de la Newfoundland Medical Association. Il est intéressant de noter que le gouvernement provincial et l'association des médecins ont conclu un accord, en mars 1971, afin de réglementer les honoraires payés aux médecins en vertu du régime. Cette réglementation se fonde sur un système de plafonds de revenu brut, et d'un pourcentage supplémentaire pour les honoraires dépassant ces plafonds. L'accord est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1971 et devait amener l'adoption d'un nouveau tarif d'honoraires qui conviendrait aux deux parties.

#### Le Régime d'assurance-médicale de la Nouvelle-Écosse

Il n'y a aucun changement important à signaler.

#### Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba

Les régimes provinciaux d'assurance médicale et d'assurance-hospitalisation ont été réunis sous l'autorité d'un seul organisme en vertu d'une loi approuvée le 27 juillet 1970 et promulguée le 30 octobre 1970. Ce régime universel d'assurance-maladie s'appelle le Manitoba Health Services Insurance Plan. Le nouvel organisme public connu sous



TABLEAU A - (suite et fin)

Terre-Neuve	1er avril 1969		Newfoundland Medical Care Insurance Commission, Elizabeth Towers, av. Elizabeth, Saint-Jean (Terre-Neuve).	Tous les résidents admissibles.	-	-
Ile-du-Prince-Edouard	1er décembre 1970		Health Services Commission, C. P. 4500, Charlottetown (Ile-du-Prince-Edouard).	Tous les résidents admissibles.	-	-

a) En général, l'utilisation de ces services est soumise à certaines limites. Pour plus de détails, s'adresser au service provincial compétent; le gouvernement fédéral ne contribue pas au coût des services supplémentaires.

b) Les risques couverts par les assureurs se limitent aux assurances de groupe.

c) Montant maximal annuel des frais de participation pour les services médicaux et hospitaliers: \$180 par famille.

Note: Les frais de participation ont été supprimés à partir du 1er août 1971.

d) Les personnes seules et les familles dont le revenu est inférieur à \$2,000 et à \$4,000, respectivement, sont exemptées des frais.

\* L'assurance dépend du lieu de résidence et non du versement des primes.

TABLEAU A - (suite)

Saskatchewan	1 <sup>er</sup> juillet 1968	Optométrie; services d'orthodontie rendus sur recommandation par un dentiste, pour le soin d'un palais fendu.	Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Provincial Health Building, 3211, rue Albert, Regina (Sask.).	Célibataire Couple Famille	\$ 1.00 \$ 2.00 2.00	Participation aux frais: \$1.50 par consultation au cabinet du médecin, et \$2 par visite du médecin à domicile (ou au service d'urgence d'un hôpital. (c)
Manitoba*	1 <sup>er</sup> avril 1969	Optométrie et soins chiropratiques.	Manitoba Health Services Commission, 599, rue Empress, Winnipeg 10 (Manitoba).	Célibataire Couple Famille	\$ .55 1.10 1.10	- - -
Ontario	1 <sup>er</sup> octobre 1969	Les soins optométriques, chiropratiques, podologiques et ostéopathiques.	Ontario Health Services Insurance Plan, 2195, rue Yonge, Toronto 295 (Ontario). On peut obtenir un contrat d'assurance du Health Insurance Registration Board, à la même adresse, ou d'assureurs autorisés.	Célibataire Couple Famille	\$ 5.90 11.80 14.75	- - -
Québec	1 <sup>er</sup> novembre 1970	Optométrie	Régie de l'assurance-maladie du Québec, C. P. 6600, Québec 2.	Tous les résidents admissibles.	-	.8 p. 100 du revenu jusqu'à concurrence de \$200 par année. (d)
Nouveau-Brunswick	1 <sup>er</sup> janvier 1971		Ministère de la Santé, Fredericton, (Nouveau-Brunswick).	Tous les résidents admissibles.	-	-
Nouvelles Écosses	1 <sup>er</sup> avril 1969		Medical Care Insurance Commission, Lord Nelson Building, C. P. 500, Halifax (Nouvelle-Écosses).	Tous les résidents admissibles.	-	-

TABLEAU A - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE MÉDICALE (au 31 mars 1971)

NOTA: 1) Tous les régimes portent sur les services assurés dans le cadre du Programme fédéral (c'est-à-dire les services que rendent les médecins et qui sont requis du point de vue médical, ainsi que certaines opérations de chirurgie dentaire pratiquées par des chirurgiens-dentistes dans un hôpital).

2) Les primes inscrites au tableau se rapportent à ceux qui n'ont pas droit à l'assistance versée aux personnes à faible revenu. Les dispositions prévues pour l'obtention d'une aide spéciale varient selon les provinces.

Province	Date d'adhésion	Services supplémentaires(a)	Administration publique chargée du régime	Primes normales mensuelles et autres frais exigibles pour ceux qui ne sont pas admissibles à l'aide		
				Catégorie	Prime normale	Autres frais
Colombie-Britannique	1 <sup>er</sup> juillet 1968	Optométrie, chiropraxie, naturopathie, ostéopathie, physiothérapie, podologie et les traitements orthopédiques, ainsi que les services d'infirmières de la Croix-Rouge, d'infirmières spéciales et d'infirmières de l'Ordre Victoria.	<u>Medical Services Commission, Parliament Buildings, Victoria (C. -B.).</u> On peut obtenir un contrat d'assurance du British Columbia Medical Plan, 1410, rue Government, Victoria (C. -B.) ou d'assureurs autorisés. (b)	Célibataire  Couple  Famille	\$ 5. 00  10. 00  12. 50	-  -  -
Alberta*	1 <sup>er</sup> juillet 1969	Les soins dentaires donnés par des chirurgiens-dentistes, comme l'indique le Règlement, les soins optométriques, chiropratiques, podologiques et ostéopathiques, ainsi que les prothèses fournies par les podologues. (Un contrat facultatif de services médicaux est offert par la Commission, avec primes payées par l'État aux résidents qui ne sont pas membres d'un groupe.)	Alberta Health Care Insurance Commission, C. P. 1360, Edmonton 15 (Alberta).	Célibataire  Couple  Famille	\$ 5. 75  11. 50  11. 50	-  -  -

## Résumé des régimes provinciaux d'assurance médicale

Le tableau A résume les régimes provinciaux d'assurance médicale, en vigueur au 31 mars 1971. On trouvera dans les rapports annuels précédents la description des régimes provinciaux adoptés avant le 1er avril 1970; ces renseignements sont toujours valables, à l'exception des changements mentionnés ci-après.

Au cours de l'année qui fait l'objet du présent rapport, les provinces ont adopté les lois suivantes relatives à leur régime d'assurance médicale:

Alberta	An Act to amend the Alberta Health Care Insurance Act	15 avril 1970
	An Act to amend the Health Insurance Premiums Act	15 avril 1970
	An Act to amend the Alberta Hospitals Act*	15 avril 1970
	*(Articles 4 et 5 approuvés le 1 <sup>er</sup> avril 1970)	
Saskatchewan	An Act to amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act	18 avril 1970
Manitoba	The Health Services Insurance Act	21 juillet 1970
Québec	Loi de l'assurance-maladie	17 juillet 1970
	Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie	16 octobre 1970
	Loi assurant la mise en vigueur du régime d'assurance-maladie	16 octobre 1970
	Loi concernant les services médicaux	16 octobre 1970
Île-du-Prince-Édouard	The Health Services Payment Act	22 juillet 1970
Terre-Neuve	An Act to amend the Newfoundland Medical Care Insurance Act	13 mai 1969
Territoires du Nord-Ouest	An Ordinance to provide care for residents of the Northwest Territories	24 juillet 1970



provinciaux de la Santé ont établi les principes fondamentaux qui permettent d'améliorer la garantie actuelle, et ont accepté de les mettre en oeuvre. La Direction a aussi été représentée au Comité de mise en application et de direction, chargé d'établir des priorités dans les recommandations du Comité du coût des soins.

La Direction a poursuivi son programme de recherches sur la gestion de l'assurance médicale, et a communiqué de nombreuses données sur le coût et l'utilisation des soins médicaux aux associations provinciales de médecins et aux régimes d'assurance médicale des provinces. Elle a aussi poursuivi son travail de coordination des trois groupes provinciaux qui participent à l'Etude internationale sur la consommation médicale.

Le personnel de la Direction a continué à échanger des vues et des renseignements avec les parties intéressées aux réunions d'associations professionnelles et à des colloques, au Canada et aux Etats-Unis, ainsi qu'à l'occasion d'entretiens avec des représentants de gouvernements étrangers intéressés par les réalisations canadiennes dans le domaine de l'assurance médicale.

#### Participations des provinces

Le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick ont mis en place des régimes d'assurance médicale au cours de l'année financière 1970-1971, ce qui leur a donné le droit de recevoir les contributions financières fédérales prévues en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Les autres provinces avaient déjà adopté un régime conforme à la Loi fédérale, à des dates diverses au cours des années financières passées, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1968, date à laquelle les contributions fédérales sont devenues disponibles aux termes de la Loi. Les dates d'entrée en vigueur des divers régimes figurent au tableau A.

Au début de l'année financière, quelque 14 millions de Canadiens (nombre moyen d'assurés: 13,901,620) étaient couverts par les sept régimes provinciaux alors en vigueur. Avec l'adoption des régimes du Québec, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick, entre le 1<sup>er</sup> novembre 1970 et le 1<sup>er</sup> janvier 1971, l'estimation moyenne du nombre d'assurés dans toutes les provinces s'est élevée à environ 21 millions, ce qui représente environ 98 p. 100 de la population admissible dans toutes les provinces. Toute la population admissible est maintenant assurée à Terre-Neuve, dans l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, au Québec et au Manitoba, plus de 99 p. 100 en Saskatchewan et en Alberta, près de 99 p. 100 en Colombie-Britannique et plus de 95 p. 100 en Ontario.

2. La mise à la disposition des provinces de services consultatifs pour les divers aspects des régimes provinciaux d'assurance médicale.

3. La conduite d'enquêtes et l'offre de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, aux provinces et aux autres organismes intéressés, en vue de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.

Une conférence technique fédérale-provinciale sur les soins médicaux a eu lieu à Ottawa le 15 avril 1970, à laquelle assistaient des délégués de neuf provinces, en vue d'étudier certains points découlant du rapport du Comité du coût des soins, l'extension possible de la garantie du régime national et diverses questions administratives concernant le fonctionnement des régimes provinciaux. Le 17 novembre 1970, des délégués de huit provinces assistaient à une autre réunion technique à Ottawa, pour discuter de sujets divers, dont les conditions d'admissibilité et celles de la transférabilité des prestations, la codification diagnostique des services, l'identification du patient et du médecin, les gains professionnels et la comparaison des tarifs provinciaux d'honoraires.

Pour donner suite aux recommandations du Comité du coût des soins, un comité technique fut mis sur pied pour établir des dispositions préliminaires, une terminologie et une présentation uniformes, relativement aux divers tarifs d'honoraires des médecins. La première réunion s'est tenue à Ottawa les 22 et 23 mars 1971, sous les auspices de la Direction de l'assurance médicale. Des délégués régionaux des associations de médecins et des régimes d'assurance-maladie provinciaux font partie du comité.

Des fonctionnaires de la Direction ont visité des responsables de tous les régimes provinciaux à diverses occasions pendant l'année. En outre, un fonctionnaire de la Direction a fait partie d'une équipe de hauts fonctionnaires qui ont visité chaque province deux fois au cours de l'année; ces visites avaient pour but de discuter, avec les fonctionnaires provinciaux, des solutions et des procédures détaillées qui permettraient de résoudre les difficultés concernant les conditions d'admissibilité et celles de la transférabilité des prestations, imposées à certains résidents du Canada pour obtenir une garantie continue des régimes provinciaux d'assurance médicale et d'assurance-hospitalisation, lorsqu'ils déménagent dans une autre province. Cette situation découlait d'une décision prise à la Conférence des ministres de la Santé, en 1969, en vue d'obtenir le concours du gouvernement fédéral, à titre de tiers neutre, dans la proposition de solutions au problème. S'inspirant des conclusions dégagées par cette équipe, les ministres fédéral et

1. La garantie tous risques: Elle couvre tous les services dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Cette règle n'admet aucune franchise, ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. La garantie sera telle que, sur le plan financier, l'assuré ne souffrira d'aucune exclusion et recevra toujours des soins médicaux. Depuis le 1er juillet 1968, on rembourse également certains services des chirurgiens-dentistes dispensés dans les hôpitaux.

2. La participation universelle: L'assurance est accessible à tous les domiciliés admissibles de la province participante, aux mêmes conditions. De plus, elle couvre au moins 90 p. 100 de la population admissible (95 p. 100 au cours de l'année financière commençant le 1er avril 1971). Cela permet d'assurer tous les domiciliés et d'éviter les discriminations financières pour raison de santé, d'âge, de non-appartenance à un groupe, ou pour tout autre motif. En outre, l'autorité provinciale peut subventionner, en tout ou en partie, les primes des personnes à faible revenu, à condition que le régime soit financé par un système de primes.

3. La transférabilité des prestations: Le bénéficiaire qui s'absente temporairement de sa province ou qui déménage dans une autre province peut profiter de cette disposition. L'assurance n'est plus liée à une assurance collective au lieu d'emploi et, par conséquent, le changement d'emploi ou de domicile n'entraîne aucune suspension de la garantie.

4. L'administration à titre non lucratif: Elle doit relever d'un organisme public responsable de ses transactions financières auprès du gouvernement provincial.

#### Régime de soins médicaux

Comme la Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tout Canadien l'accès aux soins nécessaires, selon un régime contributif, et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière, on a établi un programme de soins médicaux qui couvre trois domaines d'activités très voisins:

1. L'application de la Loi sur les soins médicaux.

## RAPPORT ANNUEL

du

MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

concernant l'application

de la

Loi sur les soins médicaux

pour l'année financière se terminant le 31 mars 1971

Le présent rapport, établi conformément à l'article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le troisième à être soumis au Parlement; il traite de la gestion pour l'année financière se terminant le 31 mars 1971.

### Historique

La Loi sur les soins médicaux (14-15 Elisabeth II, chap. 64) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la Loi établit un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder une aide financière aux provinces qui appliquent un régime d'assurance médicale selon certains critères minimaux. Ceux-ci se rattachent à la garantie tous risques, à la participation universelle, au transfert des prestations d'une province à l'autre et à l'administration publique.

Les contributions financières du gouvernement fédéral aux provinces participantes sont payables depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1968. Elles s'élèvent à la moitié de la moyenne nationale, par habitant, du coût des risques couverts par le programme fédéral, à l'exception des frais d'administration, multipliée par le nombre moyen d'assurés dans chaque province. À la fin de l'année financière, toutes les provinces participaient au programme, et les Territoires du Nord-Ouest ont achevé les préparatifs pour mettre leur régime en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1971. On s'attend que le Yukon ait mis son régime en place le 1<sup>er</sup> avril 1972.

Les quatre grands principes qui figurent dans la Loi et qui doivent caractériser le régime d'assurance médicale de chaque province participante sont les suivants:



Information Canada  
Ottawa, 1972  
No de cat.: H75-9/1971





POUR L'ANNÉE FINANCIÈRE SE TERMINANT LE 31 MARS 1971

LOI SUR LES SOINS MÉDICAUX

DE LA

CONCERNANT L'APPLICATION

MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

DU

RAPPORT ANNUEL



# Rapport Annuel du

Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

concernant l'application de la  
Loi sur les soins médicaux  
pour l'année financière se terminant le 31 mars 1971



Santé et Bien-être social Canada    Health and Welfare Canada

**Annual Report  
of the  
Minister of National Health and Welfare**

**respecting operations of the  
Medical Care Act  
for the fiscal year ending March 31, 1972**



**Health and Welfare Canada**

**Santé et Bien-être social Canada**

CAI HW  
A554





ANNUAL REPORT  
OF THE  
MINISTER OF NATIONAL HEALTH & WELFARE

RESPECTING OPERATIONS  
OF THE  
MEDICAL CARE ACT

FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 1972

HONOURABLE MARC LALONDE  
MINISTER



ANNUAL REPORT  
of the  
MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE  
Respecting Operations  
of the  
Medical Care Act  
for the fiscal year ended March 31, 1972

This is the fourth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act and related to operations for the fiscal year ended March 31, 1972.

Historical Background

The Medical Care Act (14-15 Elizabeth II, Chap. 64) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act establishes a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make a financial contribution to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are related to comprehensiveness of insured services, universality of coverage, portability of benefits and public administration.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968 and are based on half of the national average per capita cost of the insured services of the national program, excluding administration, multiplied by the average number of insured persons in each province. All provinces were participating by January 1, 1971 and the Northwest Territories implemented its plan on April 1, 1971. The Yukon Territory completed preparations for its plan to commence on April 1, 1972.

The four main principles embodied in the Act which must characterize the medical care insurance plan of each participating province are:-

1. Comprehensive coverage for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusions except on the grounds that the services were not medically required. The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no financial impediment or preclusion to an insured person receiving necessary medical care. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.
2. Universal availability to all eligible residents of a participating province on equal terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five percent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, nonmembership in a group or other consideration. At the same time subsidization in whole or in part for certain age groups or low income groups is permitted, if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally.
3. Portability of benefits when the beneficiary is temporarily absent from his own province and when he is moving from one participating province to another. It is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs or residence.
4. Administration on a nonprofit basis by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

#### Medical Care Program

Because the purpose of the Medical Care Act is to ensure that all Canadians can have access to necessary medical care on a prepaid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces, a Medical Care Program has been established with three closely related activities:

1. Administration of the Medical Care Act.
2. Provision of advisory services to provinces regarding various aspects of the provincial medical care insurance plans.
3. Conducting studies and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies in planning for and delivery of medical services and on the utilization of medical services.

A federal-provincial technical meeting on medical care was held in Ottawa on October 6-7, 1971, attended by representatives of all provinces and territories. This meeting dealt mainly with financial and administrative matters.

The joint governmental-professional technical committee on Standard Nomenclature established towards the end of fiscal 1970-71 continued to hold meetings quarterly under the auspices of the Medical Care Directorate. The objective of this committee is to develop a uniform preamble and simplified nomenclature suitable for use by the provincial medical care insurance plans. Presently provincial physicians' fee schedules (and medical care plan benefit schedules) are not consistent or uniform in their description of professional services. Hence difficulties are experienced in compiling comparable statistical medical care plan data for use in the national program. This committee includes regional representation from provincial medical associations and medical care insurance plans.

At the 1969 Conference of Ministers of Health, the federal government was asked to act as a neutral third party in suggesting ways of resolving the difficulties experienced by some residents of Canada in obtaining coverage from provincial hospital and medical care insurance plans when moving between provinces. Since that time, intensive discussions and correspondence have been undertaken between federal and provincial representatives, at both the elected and official level, regarding ways and means of obtaining an acceptable inter-provincial agreement on eligibility and portability. Three federal-provincial technical meetings of medical care and hospital insurance officials were held in Ottawa to consider potential solutions and to develop acceptable



provisions for the proposed inter-provincial agreement on eligibility and portability of health insurance benefits. These meetings were held on May 25-26, 1971, October 5, 1971 and February 15-16, 1972 respectively. The latter meeting was to enable officials to develop the administrative arrangements and working rules pertaining to the proposed agreement, the basis for which had been approved by the Conference of Ministers of Health in December, 1971. It is anticipated that nine provinces and the two territories will accept the proposed agreement in its entirety and that the tenth province (British Columbia) will accept the most important provisions of the agreement. The target date for implementation is July 1, 1972, depending on provincial ability to make the necessary legislative and regulatory changes by that time.

Taking advantage of funds made available through a federal labour intensive program, the Directorate organized a survey of outreach facilities -- these outreach facilities tend to the needs of those many Canadian residents who, for a variety of reasons, do not avail themselves of conventional health care facilities. The survey was effected through the Health and Welfare and Field Divisions of Statistics Canada and is the first known comprehensive survey of this nature. Some 3,000 "innovative" care facilities have been listed and it is expected that a compendium containing descriptive data on outreach facilities providing health and/or related services, including locations and programs provided by each, will be published by Statistics Canada early in the next fiscal year.

Officers of the Directorate visited officials of all provincial plans during the year. In addition, the Director was involved in the exploratory bilateral discussions held at the official level with provincial representatives in connection with the current health insurance legislative review.

The Directorate has continued its program of studies on medical care utilization and distributed data arising from physicians' income studies to the provincial medical associations and corresponding provincial medical care insurance plans. Similar studies are being considered in relation to other professional personnel, at provincial request. Studies of the estimated average working life of different kinds of physicians

have been started and will be continued on an on-going basis. The Director submitted a paper on "Some Observations on Methods of Physician Remuneration in Canada", to the Community Health Centre Project (Hastings Committee), at the request of the committee.

Information and views were exchanged with counterparts through attendance at professional association meetings and symposia in Canada and the United States, and through discussions with representatives of foreign governments interested in Canadian developments in the field of medical care insurance.

### Provincial Participation

The medical care insurance plan for the Northwest Territories was implemented on April 1, 1971. All provinces had introduced their plans at varying times between the implementation of the federal program, on July 1, 1968, and January 1, 1971. The Yukon Territory completed its preparations for its plan to commence on April 1, 1972, on which date the national program will be in effect in all parts of Canada. The dates when the various plans were introduced will be found in Table A.

Approximately 21 million Canadians were covered by provincial medical care plans in fiscal 1971-72 representing some 99% of the eligible population in all provinces. 100% of the eligible population are now insured in Newfoundland, Prince Edward Island, Nova Scotia, New Brunswick, Quebec, Manitoba, Saskatchewan, and Northwest Territories, virtually 100% in Alberta and British Columbia, and over 98% in Ontario.

### Provincial Legislation

During the year under review, the provinces enacted the following legislation related to their provincial medical care insurance plans:

<u>Saskatchewan</u> : An Act to amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act	April 16, 1971
An Act to amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act	August 11, 1971
	(cont'd on p. 7)

TABLE A

## PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS (As of March 31, 1972)

NOTE: (1) All plans provide insured services of federal program (i.e. medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospital)

(2) The premiums given in the table are those for persons who do not qualify for premium assistance on account of limited income. The provisions for assistance vary from province to province.

PROVINCE	DATE OF ENTRY	EXTRA BENEFITS <sup>(a)</sup>	PUBLIC AUTHORITY RESPONSIBLE FOR PLAN	Regular premiums payable by those who do not qualify for a subsidy, per month, and other charges (\$)		
				CATEGORY	REGULAR PREMIUM	OTHER CHARGES
British Columbia	July 1, 1968	Optometry, chiropractic, naturopathy, osteopathy, physiotherapy, podiatry, orthoptic treatment and services of Red Cross nurses, special nurses and V.O.N.	Medical Services Commission, Parliament Buildings, Victoria, B.C. (Insurance contract may be obtained from British Columbia Medical Plan, 1810 Government Street, Victoria, B.C. or approved carriers <sup>(b)</sup> .)	Single	\$ 5.00	-
				Couple	\$10.00	-
				Family	\$12.50	-
Alberta *	July 1, 1969	Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric, chiropractic, podiatric and osteopathic services and appliances provided by podiatrists. (An optional health services contract is available through the Commission at subsidized rates to residents who are not members of a group.)	Alberta Health Care Insurance Commission, P.O. Box 1360, Edmonton, Alberta, T5J 2N3	Single	\$ 5.75 <sup>(c)</sup>	-
				Couple	\$11.50 <sup>(c)</sup>	-
				Family	\$11.50 <sup>(c)</sup>	-
Saskatchewan	July 1, 1968	Optometry; referred orthodontic service provided by a dentist for care of cleft palate	Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Provincial Health Building, 3211 Albert Street, Regina, Saskatchewan.	Single	\$ 1.00 <sup>(d)</sup>	-
				Couple	\$ 2.00 <sup>(d)</sup>	-
				Family	\$ 2.00 <sup>(d)</sup>	-
Manitoba *	April 1, 1969	Optometry, chiropractic	Manitoba Health Services Commission, 599 Empress Street, Winnipeg 10, Manitoba.	Single	\$ .55	-
				Couple	\$ 1.10	-
				Family	\$ 1.10	-
Ontario	Oct. 1, 1969	Optometry, chiropractic, podiatry, osteopathy	Ontario Health Insurance Plan, 2195 Yonge Street, Toronto 295, Ontario. (Insurance contract may be obtained from the Plan at that address or from district offices).	Single	\$11.00 <sup>(e)</sup>	-
				Couple	\$22.00 <sup>(e)</sup>	-
				Family	\$22.00 <sup>(e)</sup>	-
Quebec	Nov. 1, 1970	Optometry; oral surgery in a university institution.	Quebec Health Insurance Board, P.O. Box 6600, Quebec 2, P.Q.	All Eligible Residents	-	0.8% of earnings with ceiling of \$200.00/year <sup>(f)</sup>
New Brunswick	Jan. 1, 1971		Department of Health, Fredericton, N.B.	All Eligible Residents	-	-
Nova Scotia	April 1, 1969		Medical Care Insurance Commission, Lord Nelson Building, P.O. Box 500, Halifax, Nova Scotia.	All Eligible Residents	-	-
Newfoundland	April 1, 1969		Newfoundland Medical Care Insurance Commission, Elizabeth Towers, Elizabeth Avenue, St. John's, Newfoundland.	All Eligible Residents	-	-
Prince Edward Island	Dec. 1, 1970		Health Services Commission, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I.	All Eligible Residents	-	-
Northwest Territories	April 1, 1971		N.W.T. Health Care Plan, Yellowknife, N.W.T.	All Eligible Residents	-	-

\* Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums.

<sup>(a)</sup> These benefits are provided generally on a limited basis. For specific details, information may be obtained from provincial authority; the federal government is not contributing towards the costs of these extra benefits.

<sup>(b)</sup> Approved carriers limited to group coverage.

<sup>(c)</sup> Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more.

<sup>(d)</sup> Premium exemption for resident 60 years or more.

<sup>(e)</sup> Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage effective April 1, 1972. There is premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resident for at least year in province.

<sup>(f)</sup> Single persons with incomes under \$2,000 and families under \$4,000 are exempted.

<u>Manitoba:</u>	An Act to amend the Health Services Insurance Act	July 27, 1971
<u>Ontario:</u>	The Health Services Insurance Amendment Act, 1971	July 28, 1971
	The Health Services Insurance Amendment Act, 1971 (No. 2)	December 15, 1971
	The Ontario Health Insurance Organization Act, 1971	December 15, 1971
<u>Quebec:</u>	An Act to amend certain fiscal legislation	May 20, 1971
	An Act to amend the Health Insurance Act and the Health Insurance Board Act	June 18, 1971
<u>Newfoundland:</u>	The Newfoundland Medical Care Insurance (Amendment) Act, 1971	June 2, 1971
<u>Yukon:</u>	Yukon Health Care Insurance Plan Ordinance	April 5, 1971

#### Summary of Provincial Medical Care Insurance Plans

Table A summarizes the provincial medical care insurance plans as of March 31, 1972. While descriptions of the various provincial plans have appeared in earlier annual reports, the following is an up-dated description of all plans, together with specific reference being made to any significant changes which have occurred during fiscal 1971-72.

#### The British Columbia Medical Services Plan

In British Columbia, a Commission, comprising three members appointed by the Lieutenant Governor in Council, functions as the public authority responsible for the operation of the provincial medical care insurance plan. The Commissioners include a nominee of the British Columbia Medical Association. The provincial authority markets its contract through two pre-existing nonprofit plans (which are licensed to sell additional benefits over and above the



basic provincial plan, either separately or as a package connected with the governmental contract) and through the British Columbia Medical Plan, a governmental agency.

The two nongovernment carriers limit their services under the plan to group coverage. Premiums collected by them on behalf of the governmental contract must be remitted to the province. Irrespective of which agency the subscriber enrolls with, his insurance contract is with the Province of British Columbia and it is the provincial authority which processes the doctors' accounts and makes payment on the claims.

The British Columbia Medical Services Plan is a voluntary premium plan. Coverage is contingent upon the required premiums having been paid with coverage ceasing when the premium is 15 days in default. Subsidies of 50% or 90% are available towards the cost of the premiums for persons in specified low income brackets if they have been permanent residents of the province for the 12 consecutive months immediately prior to application. The following premiums are charged to insured persons:

	<u>Regular Premiums Per year</u>	<u>Premiums per year when taxable income nil</u>	<u>Premiums per year when taxable income less than \$1,000</u>
Single	\$ 60.00	\$ 6.00	\$30.00
Couple	\$120.00	\$12.00	\$60.00
Family of 3 or more	\$150.00	\$15.00	\$75.00

Full premiums are paid on behalf of persons who qualify for social assistance.

The patient has free choice of physician and a physician may "opt out" of participation in the plan without his patient losing entitlement to benefits. Effective November 15, 1971, referring practitioners became responsible for ensuring that referrals for insured pathological, radiological and electrodiagnostic services (other than electrocardiograms) must be to laboratories approved by the Commission,



with preference being given to the use of available approved hospital and public laboratories, unless the patient agrees in writing in advance to accept liability. Detailed regulations have been introduced governing the approval of laboratories and the Commission's responsibility in this regard. These regulations also specify which laboratory services are insured when provided in a practitioner's office.

When an insured person is temporarily visiting or travelling outside the province, the provincial plan restricts the insured services to those, which he would otherwise be entitled to, resulting from unexpected illness or injury. Elective services when an insured person is temporarily outside the province require prior approval from the Commission before payment of benefit coverage will be considered. These limitations also apply when an insured resident moves to another participating province during any waiting period imposed by the plan of the second province.

Additional benefits, towards the cost of which the federal government is not contributing, are included in the British Columbia plan. These additional benefits include the services of optometrists, chiropractors, naturopaths, osteopaths, physiotherapists, podiatrists, Red Cross nurses, special nurses and V.O.N. nurses and orthoptic treatment, all on a limited basis, and are only available within British Columbia. The British Columbia government reduced the non-cost-shared extra benefits of the provincial plan in 1970 but partially restored the level of these benefits in February, 1971.

An Order-in-Council was passed in April, 1971, empowering the Commission to approve or prescribe different or individual tariffs to be applicable to different or individual medical or other practitioners. A formula has been subsequently adopted by the British Columbia Medical Association to be used as a guide in making recommendations to the Commission for the reduction of unusually high earnings by medical practitioners.

## The Alberta Health Care Insurance Plan

The medical care insurance plan in Alberta is administered by the Alberta Health Care Insurance Commission which is responsible to a provincial Minister without Portfolio. Eligibility for provincial hospital insurance depends on medical care insurance status. The plan provides benefit coverage to all eligible residents with the benefit entitlement not being contingent upon the payment of premiums but on residency status. All eligible residents, however, are required to be registered with the Commission and payment of benefits may be deferred until registration is completed. There is provision for the registration of any resident who has failed to register when insured services or insured hospital services are received by the resident or his family.

A conjoint premium is charged for medical care and hospital insurance. Premiums are collected on a monthly, quarterly or annual basis but under employment and other group arrangements they are payable monthly. Social assistance recipients are not required to pay premiums and scaled subsidies are available for other persons with limited incomes.

The following premiums are charged to insured persons:

	Regular Premiums Per year	Social Assistance Recipients	Premiums per year when taxable income		
			Nil	\$500 or less	\$1,000 or less
Single	\$ 69.00	Nil	\$24.00	\$36.00	-
Family of 2 or more	\$138.00	Nil	\$48.00	-	\$72.00

Effective January 1, 1972, no resident who is 65 years or over is liable for premium payment for the basic coverage on behalf of himself or any of his dependents in the family unit.

The plan permits a resident who is not a dependent and who is registered and is not in default of premiums, to opt out of the plan and the provincial Hospitalization Benefits Plan on a yearly basis if his application is received prior to July 1. An approved application is valid

for the year July 1 - June 30 and during this period the resident is not liable for premiums and he and his family, if any, are not eligible for benefits of the provincial plans unless any of his dependents have elected to be excluded from his declaration to opt out. An opted out resident may obtain private insurance coverage against the costs of hospitalization but not in respect of the insured services under the Medical Care Act. Options affecting 467 individuals out of more than 1,640,000 were made pursuant to this provision during the fiscal year.

In regard to remuneration, medical practitioners are not required to make a choice of dealing directly with the provincial plan for all of their insured patients or opting out for all of their patients. In this respect the plan is quite different from those of other participating provinces with the exception of New Brunswick. The patient has a free choice of practitioner but if the practitioner intends to charge an amount more than the plan benefit, before the services are rendered, he must have an agreement or arrangement with the patient to that effect.

Under the Alberta Health Care Emergency Financial Assistance Regulations which were implemented on August 11, 1971, insured residents may receive additional benefits for the cost of health services to be incurred or already incurred outside Alberta (basic and optional coverage) beyond the usual level of payment in respect of similar services rendered in Alberta, on application to the Commission and in accordance with certain stipulations such as prior approval (where applicable); emergency situation; services not available in Alberta; undue financial burden.

Additional benefits, towards the cost of which the federal government is not contributing, include some office dental services and limited optometric, chiropractic, podiatric and osteopathic services, and appliances provided by podiatrists. The Commission also makes available to paid up, registered residents who are unable to obtain Blue Cross coverage on a group subscriber plan, an optional health services contract (for hospital differential charges for preferred accommodation, ambulance services, drugs, appliances, home nursing care, naturopathic services, clinical psychological services and dental care needed because of an



accident or injury) at subsidized rates of \$2.00 per month for a single subscriber and \$4.00 per month for a family of two or more persons. The optional coverage is available at reduced premiums for those with limited incomes. Residents who are 65 years of age or over are entitled to this coverage without premium payment on the same basis as for the basic hospital and medical care coverage.

### The Saskatchewan Medical Care Insurance Plan

The public authority responsible for the administration of the Saskatchewan plan consists of the provincial Minister of Public Health; the Board of Health Region Number 1, Swift Current; the Saskatchewan Tuberculosis and Respiratory Disease Association; the Saskatchewan Cancer Commission; and the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission. All of the agencies represented in the public authority were previously independent and administered their respective benefit programs with varying policies and residency requirements. The qualifying Saskatchewan Medical Care Insurance Plan differs somewhat from the original Saskatchewan medicare plan introduced in 1962. The new plan includes benefits previously provided under a variety of separate programs or agencies including the Medical Care Insurance Commission, the Swift Current Health Region Number 1, the Cancer Control Commission, the Saskatchewan Tuberculosis Respiratory Disease Association and the Provincial Department of Public Health. The range of benefits provided by these previously separate programs or agencies have been expanded where necessary to conform with the requirements of the federal legislation and residency requirements have been standardized. The premiums charged and rates of payment to medical practitioners have also been standardized between the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission and Swift Current plans.

The physician may bill the plan directly, bill the plan indirectly through one of the two approved health agencies or bill the patient directly. Under the first two alternatives he must accept the plan payment as payment in full.

In April 1968, the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission introduced utilization charges applicable to doctors' visits other than those involving special procedures and visits to patients in hospital. Utilization charges had

previously been a feature of the Swift Current Plan but not of the provincial Medical Care Insurance Plan. These charges were dropped effective August 1, 1971.

The Saskatchewan plan is a compulsory premium plan with the premium set to cover approximately 15% of the cost, and subsidized at this level from general provincial revenues. Coverage is contingent, however, on the required premium having been paid or responsibility for the payment of the premium having been assumed by governmental bodies. There is no scaled subsidy toward the premium based on income but persons in receipt of public assistance have the premium paid on their behalf by the provincial Department of Social Services. There is a conjoined premium covering both Hospital Insurance and Medicare with the "medicare" portion of this conjoined premium being:

Single	\$12.00/year
Family	\$24.00/year

Residents who are 65 years and over in the premium year, commencing January 1, 1972, were exempted from premium liability as a result of legislation passed on August 11, 1971.

The patient has free choice of physician and a physician may decide not to participate in the plan without his patient losing entitlement to benefits. Effective March 22, 1972, the costs of medical services that are not available in Saskatchewan but are available in another province will be paid in full -- previously, the Commission only paid a benefit amounting to 85% of the costs of such services that were considered fair and reasonable.

The provincial plan includes an optometric benefit and coverage for referred orthodontic service by a dentist for care of cleft palate. The federal government does not contribute towards the cost of these additional benefits.

#### The Manitoba Health Services Insurance Plan

The Manitoba Health Services Insurance Plan is an amalgamation of the former Manitoba Health Plan and the Manitoba Hospital Services Plan under one public authority, the Manitoba Health Services Commission, which was effected



on October 30, 1970. The Commission is responsible to the provincial Minister of Health and Social Services for administration of the provincial plan.

The Manitoba plan is a compulsory plan which is funded from provincial general revenues and hospital and medical care premiums are collected by the Commission under a common billing arrangement. The medicare premiums are set at a nominal level of:

Single	\$ 6.60/year
Family	\$13.20/year

Recipients of public assistance and others in a similar category are exempt from the payment of premiums. There are no intermediate subsidy levels provided with respect to the premium structure.

Entitlement to insured services is not linked to payment of premium and each resident is an insured person, subject to the usual waiting period not exceeding 3 months immediately following arrival in Manitoba if from another participating province or territory. If the person previously resided outside Canada, benefits are available on the date of arrival in Manitoba.

Each patient has a free choice of physician. Physicians may decide not to participate in the plan without their patients losing entitlement to benefits. Participating physicians accept plan payment as payment in full for their services and are not permitted to charge or to collect fees from insured residents in excess of the benefits payable by the plan. A nonparticipating physician must provide an insured person with reasonable notice that his fees will be collected directly rather than through the plan.

An insured person who leaves Manitoba to reside elsewhere should obtain an out-of-province certificate from the Commission showing that coverage is available for up to three months following arrival in the new place of residence.

The benefit coverage of the provincial plan includes the comprehensive medical and limited dental coverage of the national program (and insured hospital services) plus limited optometric and chiropractic benefits.

No major legislative or regulatory changes occurred in fiscal 1971-72.

The Health Services Insurance Plan of Ontario (OHSIP)

This was the last fiscal year in which the provincial medical care insurance plan was continued as a separate entity from the provincial hospital insurance plan. Effective January 1, 1972, The Ontario Health Insurance Organization Act came into force. This was interim legislation designed to establish the Ontario Health Insurance Commission and to empower the Commission to arrange for the organization of a new provincial plan combining both hospital and health insurance. The new plan to be known as the Ontario Health Insurance Plan (OHIP) was scheduled to be introduced effective April 1, 1972. It was announced that comprehensive legislation would be introduced subsequently.

The provincial authority responsible for medical care insurance in Ontario is the provincial Minister of Health. Prior to the integration of the provincial hospital and medical care insurance plans, the medicare plan was administered through the Department of Health, the Health Insurance Registration Board (which was responsible for determining eligibility and the collection of premiums for both provincial plans) and a Health Services Insurance Council (which served in an advisory role to the Minister).

Participation in OHSIP -- and also in the subsequent OHIP -- has been on a voluntary basis except in the case of employee groups of 15 or more persons who are residents of Ontario. Provision is also made for the voluntary creation of a mandatory group in the case of 6-14 employees and an organization of 15 or more persons not already members of a group may apply to become a collector's group, for convenience in remitting premiums.

At the outset of the fiscal year, the provincial plan began phasing out the use of private insurance carriers as designated agents and this process was completed by the end of the fiscal year, apart from a brief period for residual claims processing. From the commencement of the provincial plan on October 1, 1969, when designated agents were permitted, the standard coverage of the provincial plan on a nonprofit basis was made available at uniform rates for all residents

of Ontario either through the Health Insurance Registration Board or through the designated agents. During this period when commercial insurance companies had been permitted to act in an agency role, the provincial plan had differed from those of all other provinces. Private insurance firms which chose to participate in the provincial plan were allowed to enrol their pre-medicare subscribers and to collect premiums on behalf of the provincial plan. OHSIP had absorbed the subscribers of carriers who were not interested in remaining in the field as well as continuing to make coverage available to those covered by the previous provincial governmental plan, the Ontario Medical Services Insurance Plan (OMSIP), together with new pay-direct subscribers. The designated agents were responsible for enrollment, billing and, in some cases, claims payment after certification by a provincial official, and were described respectively as service agents and as full-function agents, according to the roles they played. Coincidental with the phasing out of the designated agents, the provincial plan established a number of district offices in the major cities and regions of the province.

The coverage of the provincial plan normally required an eligible resident to undergo a waiting period which lasted until the first day of the third month after eligibility was confirmed, and provided the first premium payment was paid by that time, but new residents in mandatory groups commenced payment of premiums with the next group remittance. The premiums for the new combined plan normally must be paid three months in advance and coverage is subject to a comparable waiting period for all residents with certain specified exceptions, such as landed immigrants, who are entitled to apply for the benefit coverage within three months of arrival without any waiting period being imposed.

The regular monthly rate of premiums for OHSIP coverage remained at \$5.90 (single), \$11.80 (couple) and \$14.75 (family of 3 or more) during the year. These rates corresponded to the rates for the previous provincial plan, OMSIP. Provision was made for total or partial assistance towards the cost of premiums for persons with limited incomes who had resided in Ontario for at least 12 months preceding application on the basis of 100% subsidy for those with no taxable income in the previous year, 60% subsidy in the case of families of 3 or more with taxable income of \$1,300 or less, and 50% subsidy for single persons and couples with taxable income of \$500



and \$1,000 or less, respectively. Social assistance recipients automatically qualified for total premium assistance and temporary assistance was available for any insured person who was unable to continue payment of premiums due to unemployment, illness, disability or financial hardship.

Effective January 1, 1972, residents of Ontario who are 65 years of age or older and who have been ordinarily resident in the province for the previous 12 months became entitled to premium-exempt health insurance coverage (hospital and medical care) on behalf of themselves and any other members of their premium unit.

The province established a two-tiered single health insurance premium structure which came into effect at the beginning of the calendar year as coverage normally requires to be paid about three months in advance. On a yearly basis, the new premium rates for hospital and medical care insurance coverage will be as follows:

	<u>Regular Premium rate Per year</u>	<u>No taxable income</u>	<u>Yearly premium rates where taxable income is under \$1,000 (single) and \$2,000 (couples and families)</u>
Single	\$132.00	Nil	\$ 66.00
Couples and Families	\$264.00	Nil	\$132.00

The regular premiums represent a reduction in the previous payments required for OHSIP and for provincial hospital insurance. In addition, the coverage of the combined plan is being broadened, effective April 1, 1972, to include care in nursing homes and homes for the aged when regular nursing service and medical supervision are required, subject to a co-payment charge of \$3.50 per day, with the plan paying the balance of the home's approved daily cost for medically required services in standard ward accommodation. This extended care benefit will only normally be available to those who have been ordinarily resident in Ontario for the twelve months preceding application for the benefit but this requirement will not apply to persons receiving benefits under The General Welfare Assistance Act or The Family

Benefits Act. Premium assistance was also only previously provided according to taxable income for the provincial medical care insurance plan. An additional change in the premium assistance arrangements is that eligibility will be determined based on an assessment of the current year's taxable income, rather than that of the previous calendar year. There is to be continued provision whereby social assistance recipients automatically qualify for total premium assistance and temporary premium assistance will continue to be available for any insured person who is unable to continue payment of premiums due to unemployment, illness, disability or financial hardship. Organized provisions have been incorporated in the new plan whereby residents receiving social assistance from municipalities will be enrolled for health insurance.

Freedom of choice is provided for patients and for physicians. However, effective November 1, 1971, physicians were required to bill either the plan for all of their insured patients, or bill all of their patients directly, subject to certain exceptions. Prior to that time, unlike the plans of most other provinces, the doctor was not required to make a choice between participating in the provincial plan for all insured patients and nonparticipating, in which case he would only have been allowed to bill his patients. Thus, the doctor could bill the plan, bill the patient or bill both as he chose. If the physician does not participate in the provincial plan, his insured patients do not lose their right to the benefits of the provincial plan. Now, if a physician bills the plan directly in respect of his patients, he must accept the plan payment in respect of his services as payment in full. There are provisions for physicians to opt in and to opt out of the provincial plan, but if a physician has opted out and intends to charge the patient more than the current provincial medical association fee schedule, he must advise the patient of the exact amount of the fee in excess of the schedule. Previously, all physicians who intended to charge patients in excess of the benefit payable by the plan in respect of their services were required to advise their patients of this prior to rendering service.

The benefit coverage of the Ontario plan included certain optometric benefits and the services of chiropractors, osteopaths and podiatrists on a limited basis during the fiscal year, in addition to the insured services of the national



medical care program. The combined plan will continue to provide these benefits as well as certain non-hospital benefits towards the costs of physiotherapy and ambulance services which were included under the previous Ontario Hospital Services Commission plan. The extended care benefits previously described are not cost-shared by the federal government.

### The Health Insurance Plan of Quebec

The Quebec Health Insurance Board, an agency of the provincial government, is the public authority which is responsible to the Minister of Social Affairs for the administration of the provincial Health Insurance Plan.

The plan covers all eligible residents of the province. There are no premiums and the plan is financed by a provincial income tax surcharge and by special employer contributions. The provincial Minister of Revenue is responsible for the collection of these funds and remitting them to the Board.

The provincial income tax surcharge requires married persons with a net income exceeding \$4,000 and single persons with a net income exceeding \$2,000 to contribute 0.8% of their net income for this purpose. The maximum annual contribution is \$125.00 for tax-paying employees who derive at least three-quarters of their incomes from their salaries or wages and \$200.00 in other cases. Employers are required to contribute 0.8% of their payrolls.

All residents who are eligible for insured services must be registered with the Board. Each insured person is issued with a plastic registration card which must be presented to the professional concerned when seeking insured services in Quebec. Every medical practitioner, dental surgeon and optometrist lawfully authorized to furnish insured services in Quebec must also register with the Board.

The plan provides for three classes of professional personnel in Quebec:

- (1) Professionals practising within the scope of an agreement between a professional organization and the Minister of Social Affairs. Their patients do not receive any bills for insured services received and

the professional rendering insured services is remunerated directly by the Board and in accordance with the tariff provided in the agreement. (There is also provision for any health professional practising outside Quebec to practise under the Quebec Health Insurance Plan as a "voluntary participant" without being required to belong to the appropriate professional organization in Quebec. Such voluntary participants mostly practise in communities bordering on Quebec and they agree to follow the procedure for claim submission and to accept plan payment on the same basis as participating professionals in Quebec).

- (2) Professionals who have withdrawn and practise outside the plan but who have agreed to be remunerated solely in accordance with the tariff provided in an agreement between a professional organization and the Minister of Social Affairs. These professionals are permitted to bill their patients for insured services rendered but are required to notify their insured patients of this in advance and in writing except in the case of emergencies. The patients, in turn, are entitled to submit the bills to the Board for payment. On receipt of payment from the Board, it is the responsibility of the patient to pay his doctor. A withdrawn professional is not allowed to bill his patients beyond the allowable tariff subject to the application of the agreement.
- (3) Nonparticipating professionals who practise outside the scope of the plan. These doctors have not agreed to be remunerated in accordance with the tariff provided in an agreement. They are required to provide written notification in advance to any resident requiring their services, other than in an emergency, that he will have to pay any fee charged. A resident of Quebec who receives an otherwise insurable service from a nonparticipating professional is solely responsible for payment of the professional fee incurred, except in the case of an emergency, when the doctor is remunerated by the Board in accordance with the tariff in the appropriate agreement.

The patient has free choice of physician and physicians may select their mode of practice with respect to the plan as described above. Patients of nonparticipating health professionals do not normally have any entitlement to insured benefits payable by the plan for services rendered by such doctors.

Insured residents are also entitled to reimbursement for the cost of insured services received outside Quebec on submission of receipts or statements for these services. The maximum reimbursement level is set at the rate payable by the Board for comparable services received in Quebec.

The Health Insurance Plan provides coverage for the insured services of the national program (i.e. the medically required services of medical practitioners and specified surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospital). Certain optometric services were included from the outset of the provincial plan on November 1, 1970; oral surgery provided in a university institution was included as an additional benefit by virtue of legislation passed on June 18, 1971. The federal government does not contribute towards the cost of the optometric benefit nor the additional dental benefit as related to university institutions.

The Quebec legislative assembly approved an amendment to the Quebec Health Insurance Act, on June 18, 1971, which authorized extension of the coverage of the Quebec Health Insurance Plan to include the payment of a drug benefit on behalf of the Department of Social Affairs to certain social assistance and specified low income groups and also provided for coverage to be extended to include the cost of dental care for certain residents to be delineated by regulation. By the end of the fiscal year these additions to the Quebec program had not been implemented.

#### Medicare - New Brunswick

The medical care insurance plan in New Brunswick is officially known as "Medicare". The plan is funded from general provincial revenues and it is administered by the Medicare Division of the provincial Department of Health. The Minister of Health is the provincial authority.



Medicare is a nonpremium plan which covers all eligible residents who have resided in the province for at least the last three months prior to receiving insured services. Corresponding coverage is provided during periods of temporary absence and for up to three months plus travelling time when a beneficiary ceases to be a resident of the province. No special provisions are required for the coverage of residents with limited incomes.

Insured residents are required to be registered with the Medicare Division. Following registration, a Hospital and Medicare identification card is issued which must be shown to the professional concerned when obtaining an insured service.

Patients have free choice of physician and a physician may decide not to participate in the plan without his patients losing entitlement to benefits. However, he must advise his patients before providing insured services that he is a non-participant. A participating practitioner also has the option in the case of each patient of either billing the plan or billing the patient if he advises the patient in advance that he intends to do so. If the patient is billed by a participating or nonparticipating physician, the amount of the fee charged must be made known to the plan. The participating practitioner who bills the plan directly must accept the plan payment in respect of his services as payment in full. The only instance in which a physician may charge Medicare and the patient is in the case of a specialist in obstetrics who has provided nonreferred routine obstetrical care, in which case he is permitted to bill the patient up to a specified amount.

The benefit coverage of Medicare is limited to the comprehensive medical and the dental coverage of the national program.

#### Medical Services Insurance, Nova Scotia

The medical care insurance plan in Nova Scotia, called Medical Services Insurance (MSI) is operated by a conjoint public authority, consisting of the Medical Care Insurance Commission and Maritime Medical Care Incorporated, responsible to the provincial Minister of Public Health. Maritime Medical Care Incorporated is a doctor-sponsored prepayment agency and

it is authorized to act on a nonprofit basis as the administrative arm and fiscal agent of the public authority, undertaking the registration of insured residents and the payment of claims for insured services at the level authorized by the plan. The Corporation is nevertheless permitted privately to continue or expand its coverage of services which are not insured services under the provincial plan.

Medical Services Insurance is a nonpremium plan covering all eligible residents and funded from provincial general revenues. All residents are required to be registered with the provincial plan but eligibility for benefits does not depend upon prior registration as provision is made for unregistered persons to be registered retroactively, if bona fide residents, on receipt of claims for insured services. No special provisions are required, therefore, for the coverage of those with limited incomes. Entitlement to insured services is contingent upon an otherwise eligible resident having been a resident of the province for not less than 3 months immediately before the insured services are received.

The patient has free choice of physician and physicians may opt out of participation in the plan without their patients losing entitlement to benefits. A nonparticipating physician is not entitled to make any charge to an insured resident for an insured service unless the resident is informed in advance that the physician is not participating in the plan. Any physician may charge an insured resident more than the tariff payable by the Commission with respect to his services if the resident is given reasonable notice of his intention to charge a greater amount and the resident or some other person acting on his behalf, consents in writing to the extra charge. The amount of the extra charge must be made known to the Commission.

The insured services of Medical Services Insurance in Nova Scotia are those of the national program.

#### The Prince Edward Island Health Services Payment Plan

The Health Services Commission of Prince Edward Island is the public authority responsible to the Minister of Health for the administration and operation of the Health Services Payment Plan.



This is a nonpremium plan which is financed from general provincial revenues. All eligible residents are covered by the plan and entitlement to insured services is contingent upon residency in the province and registration with the Commission.

All beneficiaries are required to be registered with the Commission and have a Social Insurance Number. Family heads or single persons receive a Health Services Registration Certificate following registration. Entitlement to benefits is not contingent upon prior registration. Landed immigrants who register within 3 months of arrival to establish permanent residence are entitled to benefits from the date of registration.

The patient has free choice of physician and physicians may elect to practise outside the plan without their patients losing their entitlement to benefits. When a physician renders a basic health service to an entitled person he may charge the person a fee in excess of the tariff established by the Commission but not exceeding the Schedule of Fees of the provincial medical association if prior notice is given, the extra charge is agreed to in writing and the amount is made known to the Commission. A nonparticipating physician must give an insured person reasonable notice that his fees will be collected directly rather than through the plan.

Insured services received in another province are paid at the rate payable for these services by the medical care insurance plan in the other province in cases of sudden illness, accident or on referral approved by the Commission. The level of benefit payable for other out-of-province insured services is at the level payable for similar services rendered in Prince Edward Island.

The benefit coverage of the provincial plan is limited to the insured services of the national program.

#### Medical Care Plan, Newfoundland

A Medical Care Commission is the public authority responsible to the provincial Minister of Health for the Medical Care Plan (MCP) in Newfoundland into which the former Children's Health Service and the Cottage Hospital Medical Care Plan were absorbed. The provincial plan is a nonpremium plan which is funded from provincial revenues

and covers all eligible residents of the province who, however, are required to register. No special provisions are required therefore for those with limited incomes. New residents entering the province from another participating province or territory are subject to a waiting period of 3 months before being eligible for benefits but otherwise there is no waiting period. Each insured person is supplied with an identification card which must be presented to a physician when seeking medical services.

The patient has free choice of physician and physicians may opt out of participation in the provincial plan without their patients losing their entitlement to insured benefits payable by the plan. If a nonparticipating physician wishes to reserve the right to charge an amount in excess of that payable by the Commission, he is obliged to ensure that the beneficiary is informed in advance. A participating specialist, subject to similar conditions, may charge a nonreferred patient the differential, if any, between the plan payment and what he would otherwise receive in respect of his services if the patient had been referred to him by another physician.

The provincial government and the medical association entered an agreement in March 1971 to regulate plan payments to individual doctors using as a basis a system of gross income limits and additional proration for plan payments beyond these limits. Subsequent provisions were also made to accommodate for group billing and group averaging. The agreement became effective on April 1, 1971 and is to be terminated upon the adoption of a new and mutually acceptable fee schedule. An amendment to The Newfoundland Medical Care Insurance Act was passed on June 2, 1971 to provide further controls for the prevention of plan abuse by physicians, and also the authority for regulations to be introduced permitting varying rates of payment to different classes of physicians or for the same class of physicians in different circumstances and locations.

The benefit coverage of the provincial plan is limited to the insured services of the national program, namely, comprehensive coverage for the medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental services undertaken by dental surgeons in hospital.

## The Northwest Territories Health Care Plan

The medical care insurance plan for the Northwest Territories was implemented on April 1, 1971 and is administered by the Health Care Plan, a section of the Department of Social Development. The Director of the Department of Social Development has been designated by the Commissioner of the Northwest Territories as being responsible to him for plan administration.

The plan covers all eligible residents and is funded on a nonpremium basis from general territorial revenues. Insured residents are required to register with the plan and receive a registration card which must be presented when receiving an insured service.

Physicians must choose to participate in the plan for all of their insured patients or to practise completely outside the plan for all their patients. However, patients have free choice of physician and a physician may decide not to participate in the plan without his patients losing entitlement to benefits. Where insured services are provided outside the Territories, the benefit payable will be in accordance with the tariff established by the medical care plan of the province in which the particular service is rendered; in the case of insured services received in another country, the benefit payable will be in accordance with the benefit payable for a comparable service rendered in the N.W.T.

The benefit coverage of the territorial plan is limited to the insured services of the national program.

## The Yukon Territory Health Care Insurance Plan

The Yukon Health Care Insurance Plan Ordinance was assented to on April 5, 1971 and arrangements were completed during the remainder of the fiscal year for implementation of the plan on April 1, 1972.

The Yukon plan will be administered directly by the Territorial Government with the assistance of a nonprofit health insurance agency acting as an agent in the assessment and processing of claims. The Territorial Government will be responsible for the final assessment and approval of claims submitted to the agent.



The plan will be a compulsory premium plan but eligibility for coverage will depend on residency status rather than on premium payment. Each resident of the territory will be an insured person and entitled to benefits, subject to a waiting period of three months in the case of new residents or those who re-establish residence. However, landed immigrants will be entitled to benefits immediately on establishing residence in the Yukon if this is done within three months after being admitted to Canada.

The regular premiums which will be charged by the Yukon Health Care Insurance Plan will be as follows:

	<u>Regular Premium Rate Per Year</u>
Single	\$ 78.00
Family of 2 persons	\$150.00
Family of 3 or more	\$174.00

Every resident is required to register himself and his dependents with the plan or to be registered by a person acting on his behalf. The plan makes provisions to pay in whole or in part the cost of the premiums for those with limited incomes who qualify for assistance. Registered residents receive plastic registration cards which will be used by participating doctors in the preparation of claims.

The patient has a free choice of physician and each physician may decide not to participate in the plan without his patient losing entitlement to benefits. The maximum level of benefits payable in respect of insured services received outside the territory but elsewhere in Canada has been established at the prescribed rate payable for these services by the host province. The benefit payable in respect of insured services received in other jurisdictions will be at a level determined by the Administrator of the plan as being fair having regard to the nature of the services rendered but not in excess of the benefit payable for comparable services provided in the Yukon.

The benefit coverage of the territorial plan will be limited to the insured services of the national program.

### Number of Insured Persons

The methods for determining the number of insured persons in a province differ, since the method used by a province to finance the provincial share of costs has a direct bearing on the availability of an actual count of insured persons. Thus in some provinces the number of insured persons is estimated from the provincial population as defined in the Medical Care Act and in other cases the number of insured persons is based on a more precise determination.

The Medical Care Act defines "population" to mean the population of the province on the first day of October in that fiscal year as certified by the Chief Statistician of Canada, after excluding members of the Canadian Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. The exclusions amount to some 0.6% of the total population.

### Exclusions from Insured Services

Insurable residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to Workmen's Compensation are not entitled to benefits under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:-

- Aeronautics Act
- Civilian War Pensions and Allowances Act
- Government Employees Compensation Act
- Merchant Seamen Compensation Act
- National Defence Act
- Pension Act
- Royal Canadian Mounted Police Act
- Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
- Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act and
- Veterans Rehabilitation Act.



Table B shows, by province, the estimated average number of insured persons and per capita cost as used for purposes of advance payments and the number of insured persons and per capita cost used to calculate the actual contributions following the end of the fiscal year.

#### Formula for Federal Contributions

The amount of the federal contributions to the provinces is calculated on the basis of a formula contained in the Medical Care Act. It has been designed in such a way to provide greater federal assistance to those provinces in which the per capita cost of medical care is lower and to provide for an equitable federal contribution to the provinces, having regard to the considerable variation in the per capita costs between the provinces.

The annual federal contribution to each participating province equals fifty percent of the per capita cost for the year of all insured services of the national program which are furnished pursuant to the medical care insurance plans of the participating provinces multiplied by the average for the year of the number of insured persons in the province at the end of each month in the year. The per capita cost for a year of all insured services of the national program is an amount equal to the aggregate of the cost of the insured services of the national program which are incurred by each of the participating provinces divided by the aggregate of the averages for the year of the number of insured persons in each of the participating provinces at the end of each month in the year.

Since the federal contribution is calculated on an annual basis, the Medical Care Act provides for advances on account of contributions, so that the provinces are not required to wait for reimbursement of the amounts which they are required to pay to doctors on a continuing basis. In order to expedite the payment of advances and, at the same time, to forestall the likelihood of a major financial adjustment after the end of each fiscal year, the formula which is used for the calculation of the advance payments provides for a holdback of up to ten percent of the amount due to the province. The formula for the advance payments, therefore, differs from the formula for the annual contribution in that forty-five percent of the estimated national per capita cost is paid to the provinces as advances on account of contributions.

The remaining five percent of the national per capita cost multiplied by the average number of insured persons in a province, plus or minus adjustment to actual costs, is paid to provinces following receipt of final cost reports from all participating provinces signed by their respective provincial authorities and certified by the provincial auditors.

#### Federal Payments

During the year under review, payments to the provinces consisted of the regular monthly advance payments based on the estimates submitted before April 1, 1971 and final payments in respect of those provinces which participated in the 1970-71 fiscal year.

#### Financial Experience

During the 1971-72 fiscal year, federal payments to provinces under the Medical Care Act totalled \$576,461,572 and consisted of advance payments of \$544,294,800 and the final payment with respect to the 1970-71 fiscal year in the amount of \$32,166,772.

Tables C and D show the calculations of the federal contributions for 1971-72 and payments made in that year. Table E shows the estimated and actual costs by province for each year they participated in the plan.

ACTUAL VERSUS ESTIMATES ENROLLMENT AND PER CAPITA COST  
1971-72

	<u>Estimated No. of Insured Persons (a)</u>	<u>Actual No. of Insured Persons (b)</u>	<u>Estimated Per Capita Cost</u>	<u>Actual Per Capita Cost</u>
Newfoundland	525,000	525,000	31.80	30.02
Prince Edward Island	110,000	111,000	36.16	38.69
Nova Scotia	754,000	776,000	44.24	42.44
New Brunswick	619,000	632,000	40.41	33.45
Quebec	6,030,000	6,026,000	55.84	50.36
Ontario	7,556,000	7,587,000	62.49	63.23
Manitoba	981,000	1,010,337	57.65	54.40
Saskatchewan	944,700	928,690	40.83	43.10
Alberta	1,647,000	1,641,981	54.63	52.72
British Columbia	2,213,000	2,193,000	61.06	60.40
Northwest Territories	36,000	35,000	38.44	29.39 (x)
CANADA	21,415,700	21,466,008	56.47	54.61

(a) Used for calculating advance payments to provinces.

(b) Used for calculation actual cost to provinces

(x) Annualized cost for a full 12 month payments will be \$16.20 for N.W.T. and \$51.43 for Canada

TABLE C

## MEDICAL CARE

## FEDERAL CONTRIBUTION 1971 - 72

	Nfld.	P.E.I.	N.S.	N.B.	QUE.	ONT.	MAN.	SASK.	ALTA.	B.C.	N.W.T.	TOTAL
Net Population October 1, 1971	525,000	111,000	776,000	632,000	6,026,000	7,717,000	1,010,337	928,690	1,641,981	2,193,000	35,000	21,596,008
Average Number of Insured Persons	525,000	111,000	776,000	632,000	6,026,000	7,587,000	1,010,337	928,690	1,641,981	2,193,000	35,000	21,456,008
Cost of Insured Services	15,763,046	4,294,957	32,935,739	21,139,655	303,441,429	479,716,124	54,957,890	40,025,240	36,572,984	132,459,901	1,028,687	1,172,335,652
Per Capita Cost of Insured Services	30.02	38.69	42.44	33.45	50.36	63.23	54.40	43.10	52.72	60.40	29.39	54.61
50% of National per Capita Cost												27.31
Total Federal Contributions	14,336,066	3,031,054	21,190,071	17,257,823	154,550,731	207,176,635	27,552,333	25,359,545	44,937,234	59,893,796	955,732	595,167,326
a) Advances:												
i) during 71-72	13,342,900	2,796,000	19,164,000	15,732,000	153,256,800	192,040,300	24,332,400	24,010,800	41,859,600	56,245,200	914,400	544,294,200
ii) during 72-73	431,000	103,000	916,000	684,300	4,697,300	7,774,300	1,211,000	617,300	1,081,900	1,546,000	15,000	15,271,500
b) Final payment in 72-73	562,266	132,054	1,110,071	341,593	6,336,331	7,361,535	1,445,633	731,745	1,895,724	2,092,596	25,132	22,595,526
Total Federal Contributions	14,336,066	3,031,054	21,190,071	17,257,823	154,550,731	207,176,635	27,599,063	25,359,545	44,937,234	59,893,796	955,732	595,167,326

**NOTE:** The federal contribution is the amount payable to the provinces under the Medical Care Act with respect to cost of insured services rendered by physicians and paid to them by the provinces.

The total federal contribution with respect to a particular fiscal year is paid over a period of two fiscal years as follows:

- Monthly advances paid during the year equal to 90% of the estimated federal contribution calculated prior to the commencement of the fiscal year.
- Advance on final adjustment payment, paid in the following fiscal year, equal to 50% of the estimated adjustment based on unaudited reports of actual costs from each province.
- Final adjustment payment, paid in the following fiscal year, equal to the difference between the actual contributions as calculated on the basis of audited cost reports from each province and the amount of the advances previously paid.

PAYMENTS TO PROVINCES IN 1971 - 72

	<u>Total of Monthly Advance</u>	<u>Final Adjustment for 1970-71</u>	<u>Total Payments</u>
Newfoundland	13,342,800	1,006,685	14,349,485
Prince Edward Island	2,796,000	100,963	2,896,963
Nova Scotia	19,164,000	1,492,090	20,656,090
New Brunswick	15,732,000	434,906	16,166,906
Quebec	153,256,800	6,553,464	159,810,264
Ontario	192,040,800	11,690,961	203,731,761
Manitoba	24,032,400	2,554,285	27,486,685
Saskatchewan	24,010,800	1,405,886	25,416,686
Alberta	41,859,600	3,148,403	45,008,003
British Columbia	56,245,200	3,779,129	60,024,329
Northwest Territories	914,400	-	914,400
TOTAL	544,294,800	32,166,772	576,461,572

NOTE: Payments in a particular fiscal year are the amounts actually paid to the provinces by the federal government and consist of:

- (a) Advance payments equal to 90% of the estimated contributions calculated prior to the commencement of the fiscal year;
- (b) Advance on estimated final adjustment payment with respect to the previous fiscal year based on unaudited reports of actual cost from each province;
- (c) The final adjustment payment with respect to the previous fiscal year equal to the difference between the actual contributions, as calculated on the basis of audited costs, and advances previously paid.



TABLE E

## MEDICAL CARE ACT

## Cost of Insured Services by Province

1968-69 to 1971-72

	Estimated Costs as used for Calculation of Advance Payments					Final Costs for Calculating of Final Contributions				
	1968-69	1969-70	1970-71	1971-72	TOTAL	1968-69	1969-70	1970-71	1971-72	TOTAL
Nfld.	-	12,285,800	15,125,895	16,695,000	44,106,695	-	12,262,217	14,969,628	15,763,046	42,994,891
P.E.I.	-	-	603,075	3,978,335	4,581,410	-	-	606,410	4,294,957	4,901,367
N.S.	-	23,579,100	30,507,258	33,356,774	87,443,132	-	21,581,606	30,339,834	32,935,739	84,857,179
N.B.	-	-	1,859,618	25,016,433	26,876,051	-	-	2,105,138	21,139,685	23,244,823
Que.	-	-	81,406,966	336,729,000	418,135,966	-	-	66,877,475	303,441,409	370,318,884
Ont.	-	132,455,834	428,687,082	472,148,340	1,033,291,256	-	124,067,686	441,452,947	479,716,124	1,045,236,757
Man.	-	41,909,747	50,800,000	56,556,730	149,266,477	-	39,423,819	53,040,698	54,957,880	147,422,397
Sask.	20,929,879	32,755,008	33,950,034	38,573,360	126,208,281	17,877,073	30,788,926	34,571,462	40,025,240	123,262,701
Alta.	-	44,241,854	80,226,179	89,983,943	214,451,976	-	41,756,736	82,582,484	86,572,984	210,912,204
B.C.	52,329,000	105,995,660	117,647,000	135,123,570	411,095,230	50,058,739	106,942,396	121,863,469	132,459,901	411,324,505
N.W.T.	-	-	-	1,384,000	1,384,000	-	-	-	1,028,687	1,028,687
TOTAL	73,258,879	393,223,003	840,813,107	1,209,545,585	2,516,840,474	67,935,812	376,823,386	848,409,545	1,172,335,652	2,465,504,395

NOTE: The cost of insured services includes only actual payments made by provincial plans to doctors or their employers with respect to insured services under the Medical Care Act during the particular fiscal year, regardless of when such services were rendered.



# LOI SUR LES SOINS MÉDICAUX

## Coût des services assurés par province de 1968-1969 à 1971-1972

	Coûts estimatifs utilisés pour le calcul des versements anticipés					Coûts finals utilisés pour le calcul des contributions définitives				
	1968-1969	1969-1970	1970-1971	1971-1972	TOTAL	1968-1969	1969-1970	1970-1971	1971-1972	TOTAL
T.-N.	-	12,285,800	15,125,895	16,695,000	44,106,695	-	12,262,217	14,969,628	15,763,046	42,994,891
I.-P.-É.	-	-	603,075	3,978,335	4,581,410	-	-	606,410	4,294,957	4,901,367
N.-É.	-	23,579,100	30,507,258	33,356,774	87,443,132	-	21,581,606	30,339,834	32,935,739	84,857,179
N.-B.	-	-	1,859,618	25,016,433	26,876,051	-	-	2,105,138	21,139,685	23,244,823
Qué.	-	-	81,406,966	336,729,000	418,135,966	-	-	66,877,475	303,441,409	370,318,884
Ont.	-	132,455,834	428,687,082	472,148,340	1,033,291,256	-	124,067,686	441,452,947	479,716,124	1,045,236,757
Man.	-	41,909,747	50,800,000	56,556,730	149,266,477	-	39,423,819	53,040,698	54,957,880	147,422,397
Sask.	20,929,879	32,755,008	33,950,034	38,573,360	126,208,281	17,877,073	30,788,926	34,571,462	40,025,240	123,262,701
Alta.	-	44,241,854	80,226,179	89,983,943	214,451,976	-	41,756,736	82,582,484	86,572,984	210,912,204
C.-B.	52,329,000	105,995,660	117,647,000	135,123,570	411,095,230	50,058,739	106,942,396	121,863,469	132,459,901	411,324,505
T.N.-O.	-	-	-	1,384,000	1,384,000	-	-	-	1,028,687	1,028,687
TOTAL	73,258,879	393,223,003	840,813,107	1,209,545,585	2,516,840,474	67,935,812	376,823,386	848,409,545	1,172,335,652	2,465,504,395

NOTA: Le coût des services assurés comprend seulement les paiements versés par les régimes provinciaux aux médecins ou à leurs employeurs pour des services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux, au cours de l'année fiscale en cause, sans égard au moment où ces services ont été rendus.

TABLEAU D

## VERSEMENTS AUX PROVINCES EN 1971-1972

	Total des avances mensuelles	Redressement final de 1970-1971	Total des paiements
Terre-Neuve	13,342,800	1,006,685	14,349,485
Île-du-Prince- Edouard	2,796,000	100,963	2,896,963
Nouvelle-Ecosse	19,164,000	1,492,090	20,656,090
Nouveau- Brunswick	15,732,000	434,906	16,166,906
Québec	153,256,800	6,553,464	159,810,264
Ontario	192,040,800	11,690,961	203,731,761
Manitoba	24,932,400	2,554,285	27,486,685
Saskatchewan	24,010,800	1,405,886	25,416,686
Alberta	41,859,600	3,148,403	45,008,003
Colombie- Britannique	56,245,200	3,779,129	60,024,329
Territoires-du- Nord-Ouest	914,400	-	914,400
TOTAL	544,294,800	32,166,772	576,461,572

Nota: Les paiements effectués dans une année financière particulière sont les montants payés aux provinces par le gouvernement fédéral et consistent en:

- (a) des avances égales à 90% à l'estimation des contributions calculées avant le commencement de l'année financière; (b) une avance sur l'estimation de l'ajustement du paiement final pour l'année financière antérieure et calculée au moyen des rapports non vérifiés sur le coût réel de chaque province;

- (c) le paiement de l'ajustement final pour l'année financière antérieure égal à la différence entre les contributions réelles telles que calculées selon les rapports vérifiés et les montants versés antérieurement.

**SOINS MÉDICAUX**

**CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES 1971-1972**

	T.-N.	I.-P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.-N.-O.	TOTAL
Population nette 1 <sup>er</sup> octobre 1971	525,000	111,000	776,000	632,000	6,026,000	7,717,000	1,010,337	928,690	1,641,981	2,193,000	35,000	21,596,008
Nombre moyen d'assurés	525,000	111,000	776,000	632,000	6,026,000	7,587,000	1,010,337	928,690	1,641,981	2,193,000	35,000	21,466,008
Coût des services assurés	15,763,046	4,294,957	32,935,739	21,139,688	303,441,409	479,716,124	54,957,380	40,025,240	96,572,984	32,459,901	1,028,687	1,172,335,652
Coût par habitant des services assurés,	30.02	38.69	42.44	33.45	50.36	63.23	54.40	43.10	52.72	60.40	29.39	54.61
50% du coût national par habitant												27.31
Total des contributions fédérales	14,336,066	3,031,054	21,190,071	17,257,393	64,550,731	207,176,635	27,539,063	25,359,545	44,337,234	59,383,796	955,738	386,67,326
Payées comme suit:												
a) Avances												
i) pendant 1971-72	13,342,800	2,796,000	19,164,000	15,732,000	153,256,800	192,040,800	24,932,400	24,010,300	41,359,600	56,245,200	914,400	544,294,300
ii) pendant 1972-73	431,000	103,000	916,000	684,300	4,897,000	7,774,300	1,211,000	617,000	1,081,900	1,546,000	16,000	19,277,500
b) Versement final en 1972-1973	562,266	132,054	1,110,071	841,593	6,396,931	7,361,535	1,445,663	731,745	1,395,734	2,092,596	25,338	22,595,526
Total des contributions fédérales	14,336,066	3,031,054	21,190,071	17,257,393	64,550,731	207,176,635	27,539,063	25,359,545	44,337,234	59,383,796	955,738	386,67,326

Nota: La contribution fédérale est le montant payable aux provinces en vertu de la Loi sur les soins médicaux en ce qui a trait au coût des services assurés fournis par les hôpitaux et qui leur est versé par les provinces.

La contribution fédérale totale avant trait à une année financière est payée sur une période s'étendant sur deux années financières comme suit:

- Des avances mensuelles payées durant l'année équivalant à 90% des estimations de la contribution fédérale calculée avant le commencement de l'année financière.
- Une avance de l'ajustement du paiement final payée durant l'année financière suivante et représentant 50% de l'estimation du coût réel de chaque province en vertu des rapports.
- Paiement de l'ajustement final, versé au cours de l'année financière suivante et égal à la différence entre les contributions réelles telles que calculées selon les rapports vérifiés et les montants payés antérieurement.



TABLEAU B

CHIFFRES RÉELS ET ESTIMATIFS DU NOMBRE D'ASSURÉS ET COÛT PAR HABITANT

1971-1972

Nombre estimatif d'assurés(a)	Nombre réel d'assurés(b)	Coût estimatif par habitant	Coût réel par habitant
-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------

Terre-Neuve	525,000	525,000	31.80	30.02
-------------	---------	---------	-------	-------

Île-du-Prince-Edouard	110,000	111,000	36.16	38.69
-----------------------	---------	---------	-------	-------

Nouvelle-Ecosse	754,000	776,000	44.24	42.44
-----------------	---------	---------	-------	-------

Nouveau-Brunswick	619,000	632,000	40.41	33.45
-------------------	---------	---------	-------	-------

Québec	6,030,000	6,026,000	55.84	50.36
--------	-----------	-----------	-------	-------

Ontario	7,556,000	7,587,000	62.49	63.23
---------	-----------	-----------	-------	-------

Manitoba	981,000	1,010,337	57.65	54.40
----------	---------	-----------	-------	-------

Saskatchewan	944,700	928,690	40.83	43.10
--------------	---------	---------	-------	-------

Alberta	1,647,000	1,641,981	54.63	52.72
---------	-----------	-----------	-------	-------

Colombie-Britannique	2,213,000	2,193,000	61.06	60.40
----------------------	-----------	-----------	-------	-------

Territoires-du-Nord-Ouest	36,000	35,000	38.44	29.39(x)
---------------------------	--------	--------	-------	----------

CANADA

21,415,700	21,466,008	56.47	54.61
------------	------------	-------	-------

(a) Utilisé pour le calcul des paiements anticipés faits aux provinces.

(b) Utilisé pour le calcul du coût réel supporté par les provinces

(x) Le montant des paiements pour une période complète de 12 mois sera de \$36.29 pour les T.N.-O. et de \$54.63 pour le Canada.

Etant donné que la contribution fédérale se calcule sur une base annuelle, la Loi sur les soins médicaux prévoit le paiement d'avances à titre de contributions, de manière que les provinces ne soient pas tenues d'attendre le remboursement des montants qu'elles doivent payer aux médecins sur une base permanente. En vue d'activer le paiement des avances et, en même temps, de prévenir probablement un redressement financier important à la fin de chaque année financière, la formule utilisée pour le calcul des paiements anticipés prévoit une retenue pouvant aller jusqu'à 10 p. 100 sur le montant dû à la province. La formule de calcul des paiements anticipés diffère donc de la formule de calcul de la contribution annuelle du fait que 45 % du coût fédéral estimatif par habitant est versé aux provinces, sous la forme d'avances à titre de contributions.

Sur réception des rapports définitifs des coûts pré-sentés par toutes les provinces participant à l'entente, dûment signés par les autorités provinciales compétentes et certifiés par les vérificateurs provinciaux, on verse aux provinces les derniers 5 % du coût national par personne, multipliés par le nombre d'assurés dans la province en cause, après redressement, en plus ou en moins, par rapport au coût réel.

#### Versements fédéraux

Au cours de l'année du rapport, les versements effectués aux provinces comportaient les avances mensuelles régulières fondées sur les estimations présentées avant le 1<sup>er</sup> avril 1971 et les versements définitifs aux provinces participant pendant l'année financière 1970-1971.

#### Expérience financière

Au cours de l'année financière 1971-1972, le gouvernement fédéral a versé aux provinces, en vertu de la Loi sur les soins médicaux, la somme globale de \$576,461,572, dont \$544,294,800 représentent les avances et \$32,166,772 le versement final pour l'année financière 1970-1971.

Les Tableaux C et D indiquent le calcul des contributions fédérales et les versements effectués durant l'année financière 1971-1972. Le Tableau E donne les coûts estimatifs et réels par province, pour chaque année où elles ont participé au régime.

Loi sur les pensions;  
Loi concernant la Gendarmerie royale du Canada;  
Loi sur la contribution des pensions de la Gendarmerie royale du Canada;

Loi concernant la pension de retraite des membres de la Gendarmerie royale du Canada et  
Loi établissant des allocations de réadaptation pour les anciens combattants.

Le Tableau B indique, par province, le nombre moyen estimatif d'assurés et le coût par habitant utilisé aux fins de paiement par anticipation ainsi que le nombre d'assurés et le coût par habitant utilisé pour calculer les contributions réelles à la fin de l'année financière.

#### Formule de calcul des contributions fédérales

Le montant des contributions fédérales aux provinces est calculé d'après une formule prévue par la Loi sur les soins médicaux. Cette formule a été établie de façon à fournir une aide fédérale plus importante aux provinces dans lesquelles le coût des soins médicaux par habitant est moins élevé et en vue d'allouer une contribution fédérale équitable aux provinces, eu égard à la grande variation du coût par habitant dans les provinces.

La contribution fédérale annuelle versée à chaque province participante est égale à 50 p. 100 du coût par habitant, pour l'année, de tous les services assurés par le programme national en vertu des régimes d'assurance médicale des provinces participantes, multipliés par la moyenne, pour l'année, du nombre de personnes assurées dans la province à la fin de chaque mois de l'année. Le coût par habitant, pour une année, de tous les services assurés par le programme national est égal à l'ensemble des coûts des services assurés par le programme national, supportés par chacune des provinces participantes, divisé par l'ensemble des moyennes, pour l'année, des personnes assurées dans chacune des provinces participantes à la fin de chaque mois de l'année.

Les méthodes de dénombrement des assurés d'une province ne sont pas uniformes du fait que les modalités de financement de la participation ont une répercussion sur le calcul du nombre des assurés. C'est ainsi que, dans certaines provinces, l'estimation de ce nombre se fonde sur la notion de "population de la province", telle que la définit la Loi sur les soins médicaux, alors qu'en d'autres cas ce sont des critères plus précis qui servent à déterminer le nombre des assurés.

La Loi sur les soins médicaux définit le mot "population" comme étant la population de la province au premier jour d'octobre de l'année financière en cause, telle que l'atteste le directeur du Bureau de la statistique du Canada, à l'exclusion des membres des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes détenues dans les pénitenciers, aux termes de la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente environ 0.6 p. 100 de la population globale.

#### Personnes non admissibles au Régime

Les résidents assurables d'une province participante qui sont admissibles et ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien, ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidents du travail, ne sont pas admissibles aux prestations en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus des prestations prévues par la Loi sur les soins médicaux pour tout ce qui se rapporte à une invalidité donnant droit à une indemnité. Les lois fédérales dont il s'agit sont les suivantes:

Loi autorisant le contrôle de l'aéronautique;

Loi concernant les pensions et allocations de guerre destinées à des civils;

Loi sur l'indemnisation des employés de l'État;

Loi concernant l'indemnisation des marins marchands;

Loi concernant la défense nationale;



La garantie du régime du Yukon se limite aux services assurés par le programme national.

Le malade est libre de choisir son médecin, et ce dernier peut décider de se retirer du régime sans que le malade ne perde droit aux prestations. Le montant maximum de prestations payable à l'égard des services assurés rendus à l'extérieur du Territoire, mais au Canada, a été établi au taux fixé pour ces services dans la province concernée. Les prestations payables à l'égard de services assurés rendus dans une autre juridiction, seront d'un taux fixé par l'administrateur du régime comme étant juste, compte tenu de la nature des services rendus, mais elles ne devront pas dépasser les prestations payables pour des services semblables fournis dans le Yukon.

Tous les résidents doivent s'inscrire au régime et y inscrire les personnes qui sont à leur charge, ou s'y faire inscrire par une personne agissant en leur nom. Le régime a établi une disposition selon laquelle il paie en totalité ou en partie le coût des primes des personnes à revenu limité qui remplissent les conditions nécessaires. Les résidents inscrits reçoivent une carte d'inscription en plastique qui sera utilisée par les médecins participants lors des consultations.

Célibataire	\$ 78.00	Famille de 2 personnes	\$150.00	Famille de 3 personnes ou plus	\$174.00
Taux normal des primes par année					

Les primes normales payables en vertu du Yukon Health Care Insurance Plan seront les suivantes:

Le régime du Yukon sera obligatoire et comportera un versement de primes, mais l'admissibilité aux prestations dépendra des conditions de résidence plutôt que du paiement des primes. Tous les résidents du Territoire seront assurés et auront droit aux prestations, sous réserve d'une attente de trois mois dans le cas de nouveaux résidents ou de résidents qui viennent se réinstaller dans le Territoire. Toutefois, les immigrants auront droit aux prestations dès qu'ils auront élu domicile au Yukon si l'installation se fait dans les trois mois qui suivent leur entrée au Canada.



Le Régime d'assurance médicale des Territoires du Nord-Ouest est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1971 et est administré par le Health Care Plan, qui est un service du Department of Social Development. Le Directeur du Department of Social Development a été chargé par le Commissaire des Territoires du Nord-Ouest d'administrer le régime.

Le régime assure tous les résidents admissibles et est financé par les recettes générales des Territoires sans que les résidents n'aient à payer de primes. Les assurés sont tenus de s'inscrire au régime et reçoivent une carte d'inscription qu'ils doivent présenter lorsqu'ils bénéficient d'un service assuré.

Les médecins sont tenus d'exercer leur profession dans le cadre du régime pour tous les malades assurés ou de s'en retirer entièrement pour tous les malades. Toutefois, les malades sont libres de choisir leur médecin, et ce dernier peut se retirer du régime sans que le malade ne perde droit aux prestations. Lorsque des services assurés sont fournis à l'extérieur des Territoires, les prestations payables seront conformes au tarif établi par le régime d'assurance médicale de la province dans laquelle le service a été rendu; dans le cas de services assurés rendus dans un autre pays, les prestations payables seront conformes aux prestations payables pour un service semblable dans les T.N.-O.

La garantie du régime des Territoires se limite aux services assurés en vertu du programme national.

Le Yukon Territory Health Care Insurance Plan

Le Yukon Health Care Insurance Plan Ordinance a été approuvé le 5 avril 1971, et des mesures ont été prises au cours du reste de l'année financière en vue de mettre le régime en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1972.

Le régime du Yukon sera administré directement par le gouvernement du Territoire en collaboration avec un organisme d'assurance-maladie à but non lucratif, agissant à titre d'agent d'évaluation et de règlement des réclamations. Le gouvernement du Territoire sera responsable de l'évaluation et de l'approbation finales des réclamations soumises à l'agent.

La garantie du régime provincial se limite aux services assurés par le programme national, à savoir assurance complète de tous les soins nécessaires du point de vue médical qui sont donnés par des médecins et certains soins de chirurgie dentaire dispensés par des chirurgiens dentistes dans un hôpital.

Le gouvernement provincial et l'association médicale ont conclu un accord en mars 1971, pour régler les honoraires versés aux médecins, en vertu du régime. Cette réglementation se fonde sur un système de plafonds du revenu brut et de pourcentage supplémentaire pour les honoraires excédant ces plafonds. D'autres dispositions ont également été établies en vue de permettre les comptes collectifs et les répartitions proportionnelles entre groupes. L'accord est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1971 et prendra fin dès l'adoption d'un nouveau barème d'honoraires acceptable par les deux parties. Une modification à la Newfoundland Medical Care Insurance Act a été adoptée le 2 juin 1971 afin d'établir d'autres mesures de contrôle en vue de prévenir les abus des médecins à l'égard du régime, et le pouvoir d'élaborer un règlement qui permette de fixer différents taux de paiement pour les diverses catégories de médecins ou pour une même catégorie de médecins, mais dont certains travaillent dans des circonstances et dans des endroits différents.

Les malades sont libres de choisir leur médecin, et ce dernier peut décider de ne pas participer au régime provincial sans que ses clients perdent leur droit aux prestations. Si un médecin non conventionné désire réclamer un montant supérieur à la somme payable par la Commission, il doit en informer le bénéficiaire à l'avance. De même, un médecin spécialiste conventionné peut demander à un malade venu le consulter directement de payer la différence éventuelle entre le versement du régime et le montant qu'il aurait autrement reçu pour ses services si le malade lui avait été adressé par un autre médecin.

d'un territoire participant, doivent attendre 3 mois avant d'être admissibles aux prestations, mais s'ils viennent de l'extérieur du pays, ils sont admissibles dès leur arrivée. Toutes les personnes assurées reçoivent une carte d'identité qu'elles doivent présenter au médecin lorsqu'elles désirent obtenir des soins médicaux.

Tous les bénéficiaires sont tenus de s'inscrire auprès de la Commission et d'avoir un numéro d'assurance sociale. Les chefs de famille et les célibataires qui se sont inscrits reçoivent un certificat d'inscription au régime. Le droit aux prestations ne dépend pas de l'inscription. Les immigrants reçus qui s'inscrivent dans les trois mois suivant leur arrivée dans la province en vue d'y élire domicile permanent ont droit aux avantages des l'inscription.

Le malade est libre de choisir son médecin, et ce dernier peut exercer sa profession en dehors du régime, sans que ses clients perdent leur droit aux prestations. Lorsqu'un médecin dispense des soins médicaux de base à un ayant droit, il peut demander des honoraires dépassant les taux établis par la Commission, mais n'excédant pas ceux qui sont fixés par l'association provinciale des médecins, pourvu qu'il en avise d'abord le malade, qu'il obtienne son consentement écrit et qu'il indique le montant des honoraires à la Commission. Le médecin non conventionné avertira l'assuré qu'il percevra ses honoraires directement sans s'adresser au régime.

Les services assurés reçus dans une autre province sont remboursés au taux prévu par le régime d'assurance médicale de cette province, dans les cas de maladie soudaine, d'accident ou pour les cas dirigés approuvés par la Commission. Dans le cas d'autres services assurés dispensés à l'extérieur de la province, le taux de remboursement correspond à celui qui est fixé pour des services semblables dans l'Ile-du-Prince-Édouard. La garantie du régime provincial est limitée aux services assurés du programme national.

### Le Régime d'assurance médicale de Terre-Neuve

La Medical Care Commission est responsable devant le ministre provincial de la Santé de l'administration du Medical Care Plan (MCP) de Terre-Neuve, qui réunit les anciens Children's Health Service et Cottage Hospital Medical Care Plan. Il s'agit d'un régime où les assurés ne versent pas de primes; il est financé par les recettes provinciales et assure tous les résidents admissibles de la province qui, toutefois, doivent s'inscrire. Aucune disposition spéciale n'est donc nécessaire pour les personnes à revenu limité. Les nouveaux résidents qui viennent d'une autre province ou



Le Medical Services Insurance est un régime sans prime qui assure tous les résidents admissibles et qui est financé par les recettes générales de la province. Tous les résidents doivent être inscrits au régime provincial, mais l'admissibilité aux prestations ne dépend pas de l'inscription préalable puisqu'une clause a été établie selon laquelle les résidents qui ne sont pas inscrits peuvent, s'ils sont de bonne foi, s'inscrire rétroactivement des réception de réclamations pour services rendus. Aucune disposition spéciale n'est donc nécessaire pour l'assurance des personnes à revenu limité. Pour avoir droit au service assuré, le résident admissible doit avoir habité la province au moins 3 mois avant d'avoir reçu un service assuré.

Le malade est libre de choisir son médecin, et ce dernier peut exercer sa profession en dehors du régime, sans que ses clients perdent leur droit aux prestations. Un médecin non participant n'a pas le droit de demander de paiement à un résident assuré pour services assurés, à moins qu'il n'ait informé le résident à l'avance qu'il ne participe pas au régime. Un médecin peut demander à un résident assuré des honoraires dépassant les taux établis par la Commission, à la condition qu'il avise le résident concerné suffisamment à l'avance de son intention et que le résident ou toute autre personne agissant en son nom, consente par écrit à assumer les frais supplémentaires. Le médecin doit indiquer le montant des honoraires à la Commission.

Les services assurés en vertu du Medical Services Insurance en Nouvelle-Ecosse sont ceux du programme national.

The Prince Edward Island Health Services Payment Plan

Le Health Services Payment Plan relève du ministère provincial de la Santé et est administré par la Health Services Commission de l'Ile-du-Prince-Edouard.

Il s'agit d'un régime où les assurés ne versent pas de primes et qui est financé par les revenus généraux de la province. Tous les résidents admissibles sont assurés par le régime et, pour avoir droit au service assuré, il suffit de demeurer dans la province et d'être inscrit à la Commission.

Le Régime d'assurance médicale de la Nouvelle-Ecosse, dit Medical Services Insurance (MSI) est administré par un organisme public mixte composé de la Medical Care Insurance Commission et du Maritime Medical Care Incorporated, et relève du ministre de la Santé publique. Le Maritime Medical Care Incorporated est un organisme de paiement préalable subventionné par les médecins et est autorisé à servir d'agent financier et administratif de l'organisme public, sur une base non lucrative; il s'occupe de l'inscription des résidents assurés et du paiement des réclamations pour services rendus au niveau autorisé par le régime. La Corporation est toutefois autorisée à poursuivre ou à étendre la garantie de services qui ne sont pas assurés en vertu du régime provincial.

#### Le Régime d'assurance médicale de la Nouvelle-Ecosse

La garantie de Medicare est limitée à tous les soins médicaux et dentaires assurés du programme national.

maximum.

Les malades sont libres de choisir leur médecin, et ce dernier peut décider de ne pas participer au régime sans que ses clients perdent leur droit aux prestations. Cependant, il doit informer ses clients qu'il n'adhère pas au régime, avant de dispenser des soins assurés. Un praticien participant peut aussi présenter sa note d'honoraires, dans tous les cas, soit au régime d'assurance médicale, soit au client, pourvu qu'il avise celui-ci à l'avance de son intention. Le montant des honoraires demandés à un malade par un médecin, qu'il participe au régime ou non, doit être communiqué à la Division de l'assurance médicale du ministère de la Santé. Le médecin conventionné qui perçoit ses honoraires directement accepte la rétribution versée par le régime comme rémunération unique. Le seul spécialiste autorisé à demander des honoraires de Medicare et du malade est le spécialiste en obstétrique, dans le cas de soins obstétricaux réguliers qui n'ont pas été donnés par suite de référence; il est autorisé dans ce cas à réclamer des honoraires jusqu'à concurrence d'un certain

Les résidents assurés doivent s'inscrire à la Medicare Division. Après l'inscription, une carte d'identité leur est délivrée qui est valable pour l'assurance médicale et l'assurance-hospitalisation; il faut présenter cette carte au professionnel lorsqu'on reçoit un service assuré.



Un résident assuré a droit au remboursement du coût des services assurés qui lui ont été fournis hors du Québec, pourvu qu'il présente à la Régie les reçus d'honoraires qu'il a payés ou les relevés de compte pour ces services. Le remboursement ne peut dépasser celui qui est prévu par la Régie pour les mêmes services assurés dispensés au Québec.

Le régime d'assurance-maladie du Québec garantit les services assurés du programme national (c'est-à-dire les services que rendent les médecins et qui sont requis du point de vue médical, ainsi que certaines opérations de chirurgie dentaire pratiquées par les chirurgiens-dentistes dans un hôpital). Certains services d'optométrie ont été inclus dès l'entrée en vigueur du régime provincial le 1<sup>er</sup> novembre 1970; la chirurgie buccale effectuée dans une université a été inscrite comme service supplémentaire en vertu d'une loi adoptée le 18 juin 1971. Le gouvernement fédéral ne participe pas au financement des soins optométriques ni des soins dentaires supplémentaires assurés dans les universités.

L'assemblée nationale du Québec a approuvé, le 18 juin 1971, une modification de la Loi de l'assurance-maladie du Québec, qui autorisait l'extension du Régime d'assurance-maladie afin d'y inclure le paiement des médicaments, au nom du ministère des Affaires sociales, pour certains groupes d'assistés sociaux et à faible revenu et afin d'y inclure le paiement des soins dentaires pour certains résidents qui seront déterminés en vertu d'un règlement. Ces dispositions supplémentaires n'étaient pas encore intégrées au régime du Québec à la fin de l'année financière.

#### Le Régime d'assurance médicale du Nouveau-Brunswick

Le régime d'assurance médicale du Nouveau-Brunswick est officiellement connu sous le nom de Médicare. Le régime est financé par les revenus généraux de la province et est administré par la Médicare Division du ministère provincial de la Santé. Il relève du ministre de la Santé.

Médicare est un régime sans prime offert à tous les résidents admissibles domiciliés dans la province depuis au moins trois mois immédiatement avant la date de recours au service assuré. La même garantie est prévue pendant les périodes d'absence temporaire, et jusqu'à trois mois, plus le temps du voyage, après qu'un bénéficiaire a cessé de résider dans la province. Aucune disposition spéciale n'est nécessaire pour la garantie des résidents à faible revenu.

participants volontaires pratiquent en grande partie dans les villes limitrophes du Québec et ils consentent à suivre la procédure de soumission des réclamations et à accepter les versements du régime sur la même base que les professionnels participants du Québec).

2. Les professionnels qui, après s'être retirés, pratiquent en dehors du régime, et ont accepté d'être rémunérés uniquement selon le tarif d'honoraires fixé par une convention conclue entre un organisme professionnel et le ministère des Affaires sociales. Ces professionnels peuvent exiger des honoraires de leurs malades pour les services assurés rendus mais ils doivent les en aviser à l'avance et par écrit sauf dans les cas d'urgence. Le malade, lui, a le droit de présenter la note d'honoraires à la Régie pour remboursement. Sur réception du paiement de la Régie, le client paie lui-même son médecin. Le professionnel qui s'est retiré du régime ne peut exiger de ses clients, des honoraires qui dépassent les taux conventionnels.

3. Les professionnels non conventionnés qui exercent leur profession en dehors du régime. Ces professionnels ont refusé d'être rémunérés selon un tarif conventionnel. Ils sont tenus d'aviser, par écrit et à l'avance, les résidents ayant recours à leurs services, sauf dans les cas d'urgence, qu'ils devront assumer entièrement le coût des soins. Le résident qui reçoit un service normalement assuré, d'un spécialiste non conventionné, prend à sa seule charge les honoraires exigés, sauf dans les cas d'urgence, où le professionnel est rétribué par la Régie selon le taux prévu par la convention en cause.

Le malade peut choisir son médecin, et les médecins sont libres d'exercer leur profession, à l'égard du régime, selon les règles décrites ci-dessus. Les clients de professionnels de la santé non conventionnés n'ont pas normalement droit aux avantages prévus par le régime pour les services assurés.

La Régie de l'assurance-maladie, organisme du gouvernement provincial, est responsable devant le ministre des Affaires sociales de l'administration du régime provincial d'assurance-maladie.

Le régime assure tous les résidents admissibles de la province. Il n'y a pas de prime et le régime est financé par un impôt provincial supplémentaire sur le revenu et des contributions spéciales des employeurs. Les fonds sont collectés par le ministère provincial du Revenu et remis à la Régie.

L'impôt provincial supplémentaire sur le revenu représente une contribution de 0.8 % du revenu net des personnes mariées et des célibataires dont le revenu net excède \$4,000 et \$2,000 respectivement. La contribution annuelle maximale est de \$125 pour les contribuables dont le salaire constitue au moins les trois quarts du revenu, et de \$200 dans les autres cas. Les employeurs doivent contribuer 0.8 % des salaires qu'ils payent.

Tous les résidents admissibles aux services assurés doivent s'inscrire à la Régie. Cette dernière leur délivre une carte d'inscription en plastique à présenter au professionnel consulté lorsque l'assuré requiert des services assurés au Québec. Tout médecin, chirurgien-dentiste et optométriste légalement autorisé à dispenser des services assurés au Québec est aussi tenu de s'inscrire à la Régie.

Le régime prévoit trois catégories de professionnels au Québec :

1. Les professionnels qui pratiquent en vertu d'une convention passée entre un organisme professionnel et le ministère des Affaires sociales. Leurs malades ne reçoivent aucun relèvement pour les services assurés reçus et le professionnel qui dispense ces services reçoit ses honoraires directement de la Régie selon le tarif fixé par l'entente. (Il y a également des dispositions qui prévoient que tout professionnel de la santé pratiquant à l'extérieur du Québec peut exercer dans le cadre du régime d'assurance-maladie du Québec à titre de "participant volontaire" sans être tenu d'appartenir à un organisme professionnel du Québec. Ces



bénéficiaire de l'exemption temporaire de ses primes. Des dispositions précises ont été incorporées dans le nouveau régime en vertu desquelles les résidents bénéficiant d'assistance sociale de la part des municipalités seront inscrits au régime d'assurance-maladie.

Les malades et les médecins ont la liberté de choix. Toutefois, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1971, les médecins devaient présenter leurs notes d'honoraires soit au régime pour tous leurs malades assurés, soit directement à tous leurs malades, sous réserve de certaines exceptions. Auparavant, contrairement aux régimes de la plupart des autres provinces, le médecin n'était pas obligé de faire un choix entre la participation au régime provincial pour tous les malades assurés et la non participation; dans ce dernier cas, sa seule possibilité était de présenter sa note d'honoraires à ses malades. Ainsi, le médecin pouvait présenter sa note d'honoraires au régime, au malade ou aux deux à la fois selon son choix. Si le médecin ne participe pas au régime provincial, ses malades assurés ne perdent pas leur droit aux prestations du régime provincial. Par contre, si un médecin présente sa note d'honoraires directement au régime pour le compte de ses malades, il doit accepter le paiement du régime au titre de ses services comme paiement intégral. Il y a des dispositions qui prévoient que les médecins peuvent participer et se retirer du régime provincial, mais si un médecin s'est retiré et qu'il a l'intention de demander au malade des honoraires plus élevés que ne le permet le barème des honoraires de l'association médicale provinciale, il doit informer le malade du montant exact des honoraires excédant le barème. Auparavant, tous les médecins qui avaient l'intention de demander aux malades des honoraires excédant les prestations payables par le régime au titre de leurs services devaient en informer au préalable leurs malades.

La garantie du régime de l'Ontario comprenait certains services optométriques et les soins chirurgicaliques, ostéopathiques et podologiques sur une base limitée pendant l'année financière, en plus des services assurés du programme national d'assurance médicale. Le plan fusionné continuera à assurer ces services de même que certains services non hospitaliers relativement aux frais de physiothérapie et des services d'ambulance qui étaient compris dans le régime précédent de l'Ontario Hospital Services Commission. Les soins supplémentaires décrits précédemment ne font pas partie du programme à frais partagés du gouvernement fédéral.

La province a établi pour les primes d'assurance-maladie un barème unique à deux composantes qui est entré en vigueur au début de l'année civile, car la garantie doit normalement être payée environ trois mois à l'avance. Sur une base annuelle, les nouveaux taux des primes de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation sont les suivants:

Taux annuel des primes lorsque le revenu imposable est inférieur à \$1,000 (célibataires) et à \$2,000 (couples et familles)	Aucun revenu imposable	Taux régulier des primes par année	Célibataire	Couple et famille
			\$ 132.00	\$ 264.00
	Néant			
			\$ 66.00	\$ 132.00

Les primes régulières représentent une réduction par rapport aux paiements précédents demandés par l'OHSA et par l'assurance-hospitalisation provinciale. En outre, la garantie du plan fusionné a été élargie, à compter du 1<sup>er</sup> avril 1972, et comprend maintenant les soins dans les maisons de santé et les foyers pour personnes âgées lorsqu'un service de soins aux malades et une surveillance médicale sont nécessaires, moyennant le paiement de \$3.50 par jour, le régime payant le reste des frais quotidiens approuvés de la maison pour les services médicaux nécessaires dans une salle normale. Seules les personnes qui ont résidé habituellement en Ontario au cours des douze mois précédant la demande peuvent normalement bénéficier de ce service supplémentaire, mais cette condition ne s'applique pas aux personnes recevant des prestations en vertu des lois dites The General Welfare Assistance Act ou The Family Benefits Act. De plus, seules les primes du régime provincial d'assurance médicale faisaient auparavant l'objet d'une exemption en fonction du revenu imposable. Par suite d'une autre modification des arrangements relatifs à l'exemption de primes, l'admissibilité sera déterminée d'après une évaluation du revenu imposable de l'année en cours plutôt que de celui de l'année civile précédente. Il y aura des dispositions permanentes en vertu desquelles les assistés sociaux sont automatiquement admissibles à l'exemption totale de primes, et toute personne assurée qui est incapable de continuer à verser les primes en raison de chômage, de maladie, d'incapacité ou de difficultés financières continuera à



appelés agents auxiliaires et agents principaux, suivant le rôle qu'ils jouaient. En même temps que les agents désignés se retiraient graduellement du domaine de l'assurance, le régime provincial établissait un certain nombre de bureaux régionaux dans les principales villes et régions de la province.

La garantie du régime provincial obligeait normalement un résident admissible à respecter une période d'attente qui durait jusqu'au premier jour du troisième mois suivant la confirmation de l'admissibilité, et pourvu que le premier versement de la prime ait été effectué à ce moment-là, mais les nouveaux résidents des groupes obligatoires ont commencé à verser les primes lorsque leur groupe a fait son versement suivant. Les primes du nouveau régime fusionné doivent normalement être payées trois mois à l'avance, et la garantie est sujette à une période d'attente comparable pour tous les résidents, sauf certains cas précis, comme les immigrants reçus qui peuvent faire une demande de garantie dans les trois mois de leur arrivée sans avoir à respecter une période d'attente.

Le taux mensuel régulier des primes de l'assurance de l'OSHIP est demeuré à \$5.90 (célibataire), \$11.80 (couple) et \$14.75 (famille de 3 personnes ou plus) durant l'année. Ces taux correspondaient aux taux de l'OMSIP, le régime provincial précédent. Des dispositions ont été prévues pour aider, en leur payant en totalité ou en partie le coût des primes, les personnes disposant de revenus limités qui ont résidé en Ontario pendant au moins 12 mois avant l'application du régime à raison d'une contribution de 100 % pour les personnes n'ayant pas de revenu imposable pendant l'année précédente, de 60 % dans le cas des familles de 3 personnes ou plus ayant un revenu imposable de \$1,300 ou moins et de 50 % pour les célibataires et les couples ayant un revenu imposable de \$500 et de \$1,000 ou moins respectivement. Les assistés sociaux étaient automatiquement admissibles au paiement total des primes, et toute personne assurée qui était incapable de continuer à payer les primes en raison de chômage, de maladie, d'incapacité ou de difficultés financières pouvait bénéficier d'une aide temporaire.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 1972, les résidents de l'Ontario qui étaient âgés de 65 ans ou plus et qui avaient résidé habituellement dans la province au cours des 12 mois précédents ont été admis à la garantie de l'assurance-maladie exempte de primes (soins hospitaliers et médicaux) pour eux-mêmes et pour tout autre membre de leur famille.

L'autorité provinciale chargée du régime d'assurance médicale en Ontario est le ministre provincial de la Santé. Avant la fusion des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance médicale, le régime d'assurance médicale était administré par l'intermédiaire du ministère de la Santé, du Health Insurance Registration Board (qui était chargé de déterminer l'admissibilité des personnes et de percevoir les primes pour les deux régimes provinciaux) et d'un Health Services Insurance Council (qui agissait à titre de conseiller auprès du ministre).

La participation à l'OHIP - et par la suite à l'OHIP - s'est faite sur une base facultative, sauf dans le cas de groupes d'employés de 15 personnes ou plus résidant en Ontario. Une clause prévoit également la création volontaire d'un groupe à participation obligatoire dans le cas de 6 à 14 employés, et un organisme qui comprend 15 personnes ou plus, qui ne font pas déjà partie d'un groupe, peut demander à constituer un groupe de perception, pour que le versement des primes se fasse plus facilement.

Au début de l'année financière, les assureurs privés ont commencé à cesser peu à peu de servir d'agents désignés du régime provincial, et cette opération s'est terminée à la fin de l'année financière, abstraction faite d'une brève période consacrée au traitement des réclamations en souffrance. Dès le début du régime provincial le 1<sup>er</sup> octobre 1969, période pendant laquelle le régime avait recours aux agents désignés, tous les résidents de l'Ontario pouvaient bénéficier de l'assurance type sans but lucratif du régime provincial à des taux uniformes par l'intermédiaire soit du Health Insurance Registration Board soit des agents désignés. Au cours de cette période pendant laquelle les sociétés d'assurance commerciales avaient l'autorisation d'agir à titre d'agents, le régime provincial différait de celui des autres provinces. Les sociétés d'assurance privées qui ont choisi de participer au régime provincial ont reçu l'autorisation d'inscrire leurs clients acquis avant l'adoption de l'assurance-maladie et de percevoir les primes au nom du régime provincial. OHIP a absorbé les clients des assureurs qui ne désiraient pas demeurer dans le domaine de l'assurance-maladie et continuer à assurer les personnes couvertes par le régime provincial précédent du gouvernement, l'Ontario Medical Services Insurance Plan (OMSHIP) ainsi que les nouveaux membres. Les agents désignés étaient chargés de l'inscription, de la facturation et, dans certains cas, du paiement des réclamations après certification par un fonctionnaire provincial, et étaient

L'admissibilité aux services assurés ne dépend pas du paiement de la prime; chaque résident est assuré, dans les trois mois qui suivent son arrivée au Manitoba s'il vient d'une autre province ou d'un autre territoire, et dès son arrivée s'il demeure antérieurement à l'extérieur du Canada.

Les malades sont libres de choisir leur médecin, et ce dernier peut se retirer du régime, sans que les malades ne perdent leur droit aux prestations. Les médecins participants acceptent le montant versé par le régime comme paiement total pour les services qu'ils ont rendus et ils n'ont pas le droit de demander aux résidents assurés des honoraires supérieurs aux prestations payables en vertu du régime. Un médecin non participant doit informer l'assuré suffisamment à l'avance que ses honoraires doivent être payés directement et non par l'intermédiaire du régime.

Un assuré qui quitte le Manitoba doit obtenir de la Commission un certificat pour l'extérieur de la province, attestant que son assurance est valable pour un minimum de trois mois, à partir de son arrivée à son nouveau domicile. Les services couverts par le régime provincial comprennent tous les services médicaux et certains soins dentaires prévus dans le programme national (et les services hospitaliers) de même que certains services d'optométrie et de chiropraxie.

Aucune modification majeure n'a été apportée aux lois ou aux règlements au cours de l'année financière 1971-1972.

#### Le Health Services Insurance Plan of Ontario (OHSIP)

L'année écoulée a été la dernière année financière au cours de laquelle le régime provincial d'assurance médicale a fonctionné indépendamment du régime provincial d'assurance hospitalisation. La Ontario Health Insurance Organization Act est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1972. Cette loi intermédiaire a été conçue en vue de créer la Ontario Health Insurance Commission et de l'autoriser à organiser un nouveau régime provincial réunissant à la fois l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale. Le nouveau régime connu sous le nom de Ontario Health Insurance Plan (OHIP) devait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1972. Il a été annoncé qu'une loi complète serait adoptée subséquemment.



Les résidents qui avaient 65 ans et plus au cours de l'année commençant le 1<sup>er</sup> janvier 1972, ont été exemptés de payer les primes en vertu de la loi qui a été adoptée le 11 août 1971.

Le malade est libre de choisir son médecin, et celui-ci peut se retirer du régime, sans que le malade perde son droit aux prestations. À partir du 22 mars 1972, les frais des services médicaux qui ne sont pas disponibles en Saskatchewan et qui le sont dans d'autres provinces, seront payés en entier. Auparavant, la Commission ne payait que 85 % des frais de ces services qui étaient considérés justes et raisonnables.

Le régime provincial comprend des prestations pour les services d'optométrie de même qu'une assurance pour les services d'orthodontie rendus par un dentiste pour le traitement d'un palais fendu. Le gouvernement fédéral ne contribue pas aux prestations supplémentaires.

#### Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba a été créé par la fusion des anciens Manitoba Health Plan et Manitoba Hospital Services Plan, en un seul organisme public, la Manitoba Health Services Commission, qui a été réalisée le 30 octobre 1970. La Commission est responsable devant le ministre provincial de la Santé et des Services sociaux pour l'administration du régime provincial.

Le régime du Manitoba est un régime obligatoire qui est financé par les recettes générales de la province, et les primes d'assurance médicale et d'assurance-hospitalisation sont perçues par la Commission en vertu d'un arrangement portant sur une facturation combinée. Les primes d'assurance médicale ont été établies au taux fictif de :

Célibataire	\$ 6.60 par année
Famille	\$13.20 par année

Les assistés sociaux ainsi que les autres personnes appartenant à des catégories analogues sont exemptés du paiement des primes. Aucune subvention intermédiaire n'est versée à l'égard des primes.

original adopté en 1962. Le nouveau régime englobe des prestations antérieurement fournies par une variété de programmes ou organismes différents, dont la Medical Care Insurance Commission, le Swift Current Health Region Number 1, la Cancer Control Commission, la Saskatchewan Tuberculosis Respiratory Disease Association et le Provincial Department of Public Health. La gamme de prestations qui était antérieurement offerte par ces divers programmes et organismes, a été élargie lorsqu'il y avait lieu afin de se conformer aux exigences de la législation fédérale, et les conditions en matière de résidence ont été normalisées. Les primes de même que les taux des médecins ont également été uniformisés entre le régime de la Saskatchewan Medical Care Insurance Commission et les Swift Current Plans.

Le médecin est libre d'adresser directement sa note d'honoraires au régime, de l'envoyer indirectement au régime par le biais d'un des deux organismes de santé approuvés ou la remettre directement au malade. Si le médecin choisit l'une des deux premières possibilités, il doit accepter le montant versé par le régime comme paiement total.

En avril 1968, la Saskatchewan Medical Care Insurance Commission a établi des frais d'utilisation pour les visites de médecins autres que les visites qui font appel à des modalités spéciales et les visites aux patients à l'hôpital. Les frais d'utilisation étaient auparavant une caractéristique du Swift Current Plan, mais non du Medical Care Insurance Plan provincial. Ces frais ont été supprimés à partir du 1<sup>er</sup> août 1971.

Le régime de la Saskatchewan est un régime obligatoire, dont le montant est fixé de façon à couvrir environ 15 % du coût, le reste étant subventionné par les recettes générales de la province. Toutefois, l'assurance dépend du paiement de la prime que ce soit directement par l'assuré ou par des organismes gouvernementaux. Le régime ne prévoit pas de subvention pour les primes en fonction du revenu, mais le Department of Social Services de la province paie les primes des assistés sociaux. Il y a une prime combinée qui couvre à la fois l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale, cette dernière étant:

Célibataire  
Famille

\$12.00 par année  
\$24.00 par année



En vertu de l'Alberta Health Care Emergency Financial Assistance Regulations, qui est entré en vigueur le 11 août 1971, les résidents de l'Alberta qui sont assurés, peuvent bénéficier de prestations supplémentaires pour la différence entre les frais de services médicaux qui ont été ou qui seront engagés à l'extérieur de la province (assurance de base et facultative) et le taux des services analogues rendus en Alberta, sur demande à la Commission et en conformité avec certaines stipulations telles que l'approbation préalable (s'il y a lieu), les cas d'urgence, les services non disponibles en Alberta ou des charges financières excessives.

Les services supplémentaires, dont le gouvernement fédéral ne partage pas le coût, comprennent certains soins dentaires dispensés en cabinet dentaire privé et, sur une base limitée, les services d'optométriste, de chiropraxie, de podiatrie et d'ostéopathe ainsi que certaines prothèses podiatriques. La Commission offre également aux résidents inscrits qui ont payé leur prime et qui ne peuvent obtenir une assurance de groupe de la Croix-Blanche, un contrat facultatif de services médicaux (frais d'hospitalisation supplémentaire pour chambre spéciale, services d'ambulance, médicaux, prothèses, soins infirmiers à domicile, services d'un spécialiste de la médecine naturelle, service de psychologie clinique et soins dentaires à la suite d'un accident ou d'une blessure) payés par l'Etat à raison de \$2.00 par mois (célébrité) et de \$4.00 (famille de deux personnes ou plus). L'assurance facultative est aussi offerte, à ceux qui ont un revenu limité, à des taux réduits. Les résidents de 65 ans ou plus ont droit à cette assurance sans paiement de prime, de la même façon qu'ils ont droit à l'assurance médicale et à l'assurance-hospitalisation de base.

Le Régime d'assurance médicale de la Saskatchewan

L'organisme public chargé de l'administration du régime en Saskatchewan comprend le ministre provincial de la Santé publique, le Board of Health Region Number 1, Swift Current, la Saskatchewan Tuberculosis and Respiratory Disease Association; la Saskatchewan Cancer Commission et la Saskatchewan Medical Care Insurance Commission. Tous ces organismes étaient auparavant indépendants et administraient leur propre programme, suivant des conditions différentes en matière de politique et de résidence. Le régime actuel d'assurance médicale de la Saskatchewan diffère quelque peu du régime



Le Régime de la Colombie-Britannique comprend des services supplémentaires pour lesquels le gouvernement fédéral ne verse pas de contributions. Ces services supplémentaires, soumis à une certaine limite, comprennent l'optométrie, la chiropraxie, la naturopathie, l'ostéopathie, la physiothérapie, la podologie, les services d'infirmières de la Croix-Rouge, d'infirmières spéciales et d'infirmières de l'Ordre Victoria ainsi que les traitements orthoptiques, et ils ne sont disponibles qu'en Colombie-Britannique. Le gouvernement de la Colombie-Britannique a réduit les services supplémentaires à frais non partagés du régime provincial en 1970, mais a rétabli en partie le niveau de ces services en février 1971.

Un décret adopté en avril 1971 investissait la Commission du pouvoir d'approuver ou de prescrire des honoraires différents ou distincts applicables à des médecins différents ou particuliers ou à d'autres praticiens. La British Columbia Medical Association a par la suite adopté une formule qui a servi de guide pour faire à la Commission des recommandations sur la réduction des revenus anormalement élevés des médecins.

#### Le Régime d'assurance médicale de l'Alberta

Le Régime d'assurance médicale de l'Alberta est administré par l'Alberta Health Care Insurance Commission qui relève d'un ministre provincial sans portefeuille. L'admissibilité à l'assurance-hospitalisation provinciale est fonction de la situation du candidat en matière d'assurance médicale. Le régime assure tous les résidents admissibles, et cette assurance ne dépend pas du versement de primes mais de la résidence. Toutefois, tous les résidents admissibles doivent s'inscrire à la Commission, et le versement des prestations peut être retardé jusqu'à ce que l'inscription soit terminée. Des dispositions ont été prévues pour l'inscription des résidents qui ont omis de s'inscrire, lorsque ces derniers, ou leur famille, reçoivent des soins médicaux ou hospitaliers assurés.

On demande une seule prime pour l'assurance médicale et l'assurance-hospitalisation. Les primes sont perçues sur une base mensuelle, trimestrielle ou annuelle, mais en vertu d'arrangements avec les employeurs et d'autres groupes, elles sont payables chaque mois. Les assistés sociaux ne sont pas tenus de payer de primes et une aide financière proportionnée aux besoins est prévue pour les autres particuliers dont le revenu est limité.



Lorsqu'une personne assurée se déplace temporairement à l'extérieur de la province, le régime provincial n'assure que les soins, auxquels elle aurait droit dans sa province, nécessités par une maladie ou des blessures. Lorsqu'une personne est temporairement à l'extérieur de la province, elle doit, pour bénéficier de services facultatifs, obtenir l'approbation préalable de la Commission avant que le versement de prestations d'assurance soit pris en considération. Ces limites s'appliquent également lorsqu'un résident assure d'un ménage dans une autre province participante durant toute période d'attente imposée par le régime de la deuxième province.

Le malade a la liberté de choisir son médecin, et le médecin peut annuler sa participation au régime sans que son patient perde son droit aux services. Depuis le 15 novembre 1971, il incombe aux omnipraticiens de s'assurer que les malades qui ont besoin de services pathologiques ou radiologiques et d'électrodiagnostics (autres que les électrocardiogrammes) soient envoyés dans des laboratoires approuvés par la Commission, et de préférence dans les laboratoires publics et d'hôpitaux disponibles qui ont été approuvés, à moins que le malade n'accepte par écrit à l'avance de supporter les frais. Des règlements détaillés ont été adoptés régissant l'approbation de laboratoires et les attributions de la Commission à cet égard. Ces règlements précisent également quels services de laboratoire sont assurés lorsqu'ils sont dispensés chez un médecin.

Les primes des personnes admissibles à l'assistance sociale sont payées intégralement.

Primes annuelles lorsque le revenu lorsque le revenu est impossible est inférieur à \$1000	Primes annuelles régulières annuelles	Familie de		
		Célibataire	Couple	3 personnes ou plus
		\$ 60.00	\$120.00	\$150.00
		\$ 6.00	\$12.00	\$15.00
		\$30.00	\$60.00	\$75.00

Résumé des régimes provinciaux d'assurance médicale

Le Tableau A résume les régimes provinciaux d'assurance médicale en vigueur au 31 mars 1972. Bien que la description des divers régimes provinciaux ait été publiée dans les rapports annuels précédents, le résumé ci-après est une description mise à jour de tous les régimes, accompagnée d'une indication des changements importants survenus au cours de l'année financière 1971-1972.

Le Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, une Commission composée de trois membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil agit à titre d'organisme public chargé de la mise en application du régime provincial d'assurance médicale. Un de ces membres représente la British Columbia Medical Association. L'organisme provincial vend son contrat par l'intermédiaire de deux régimes pré-existants sans but lucratif (qui sont autorisés à vendre des services supplémentaires en plus du régime provincial de base, soit séparément soit comme ensemble lié au contrat du gouvernement) et par l'intermédiaire du British Columbia Medical Plan, organisme du gouvernement.

Les deux assureurs non gouvernementaux limitent leurs services, en vertu du régime, à l'assurance de groupe. Les primes perçues par eux dans le cadre du contrat du gouvernement doivent être remises à la province. Quel que soit l'organisme que le souscripteur choisisse, son contrat d'assurance est passé avec la province de la Colombie-Britannique, et c'est l'organisme provincial qui reçoit les comptes des médecins et qui fait le paiement des réclamations.

Le Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique est un régime volontaire à primes. Pour être assuré, il faut avoir payé les primes nécessaires et l'assurance prend fin lorsque le versement de la prime accuse un retard de 15 jours. Certains groupes d'économiquement faibles peuvent bénéficier d'une aide de 50 % ou de 90 % du coût des primes s'ils ont résidé de façon permanente dans la province au cours des 12 mois consécutifs qui précèdent immédiatement leur demande. Les primes suivantes sont payées par les personnes assurées:



TABLEAU A - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE MÉDICALE (au 31 mars 1972)

- NOTA: 1) Tous les régimes portent sur les services assurés dans le cadre du Programme fédéral (c'est-à-dire les services que rendent les médecins et qui sont requis du point de vue médical, ainsi que certaines opérations de chirurgie dentaire pratiquées par des chirurgiens-dentistes dans un hôpital).
- 2) Les primes inscrites au tableau se rapportent à ceux qui n'ont pas droit à l'assistance versée aux personnes à faible revenu. Les dispositions prévues pour l'obtention d'une aide spéciale varient selon les provinces.

Province	Date d'adhésion	Services supplémentaires(a)	Administration publique chargée du régime	Primes normales mensuelles et autres frais exigibles pour ceux qui ne sont pas admissibles à l'aide		
				Catégorie	Prime normale	Autres frais
Colombie-Britannique	1 <sup>er</sup> juillet 1968	Optométrie, chiropraxie, naturopathie, ostéopathe, physiothérapie, podologie et les traitements orthopédiques, ainsi que les services d'infirmières de la Croix-Rouge, d'infirmières spéciales et d'infirmières de l'Ordre de Victoria.	Medical Services Commission, Pallisment Buildings, Victoria (C.-B.). On peut obtenir un contrat d'assurance du British Columbia Medical Plan, 1410, rue gouvernement, Victoria (C.-B.) ou d'assureurs autorisés.(b)	Famille	12.50	
				Couple	10.00	
				Célibataire	\$ 5.00	
Alberta*	1 <sup>er</sup> juillet 1969	Les soins dentaires donnés par des chirurgiens-dentistes, comme l'indique le Règlement, les soins optométriques, chiropratiques, podologiques, et ostéopathiques, ainsi que les prothèses fournies par les podologues. (Un contrat facultatif de services médicaux est offert par la Commission, avec primes payées par l'Etat aux résidents qui ne sont pas membres d'un groupe.)	Alberta Health Care Insurance Commission, C.P. 1360, Edmonton (Alberta) TSJ 2N3	Couple	11.50(c)	
				Famille	11.50(c)	
					11.50(c)	
Saskatchewan	1 <sup>er</sup> juillet 1968	Optométrie, services recommandés rendus sur prescription par un dentiste, pour le soin d'un palais fendu.	Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Provincial Health Building, Regina (Sask.).	Couple	2.00(d)	
				Célibataire	\$ 1.00(d)	
Manitoba*	1 <sup>er</sup> avril 1969	Optométrie et soins chiropratiques.	Manitoba Health Services Commission, 599, rue Empress, Winnipeg 10 (Manitoba).	Couple	\$ .55	
				Famille	1.10	
					1.10	
Ontario	1 <sup>er</sup> octobre 1969	Les soins optométriques, chiropratiques, podologiques et ostéopathiques.	Ontario Health Insurance Plan, 2195, rue Yonge, Toronto 255	Célibataire	\$11.00(e)	
				Couple	22.00(e)	
				Famille	22.00(e)	
Québec	1 <sup>er</sup> novembre 1970	Optométrie et chirurgie buccale dans un hôpital universitaire	Régie de l'assurance-maladie du Québec, C.P. 6600, Québec 2.	Tous les résidents admissibles.	-	.8 p 100 du revenu jusqu'à concurrence de \$200 par année.(f)
Nouveau-Brunswick	1 <sup>er</sup> janvier 1971		Ministère de la Santé, Frédéricton, (Nouveau-Brunswick).	Tous les résidents admissibles.	-	
Nouvelle-Écosse	1 <sup>er</sup> avril 1969		Medical Care Insurance Commission, Lord Nelson Building, C.P. 500, Halifax (Nouvelle-Écosse).	Tous les résidents admissibles.	-	
Terre-Neuve	1 <sup>er</sup> avril 1969		Newfoundland Medical Care Insurance Commission, Elizabeth Towers, av. Elizabeth, Saint-Jean (Terre-Neuve).	Tous les résidents admissibles.	-	
Ile-du-Prince-Édouard	1 <sup>er</sup> décembre 1970		Health Services Commission, C.P. 4500, Charlottetown (Ile-du-Prince-Édouard).	Tous les résidents admissibles.	-	
Territoires du Nord-Ouest	1 <sup>er</sup> avril 1971		N.W.T. Health Care Plan, Yellowknife (T.N.-O.).	Tous les résidents admissibles.	-	

\* L'assurance dépend de la résidence et non du versement des primes.

- a) En général, l'utilisation de ces services est soumise à certaines limites. Pour plus de détails, s'adresser au service provincial compétent; le gouvernement fédéral ne contribue pas au coût des services supplémentaires.
- b) Les risques couverts par les assureurs autorisés se limitent aux assurances de groupe.
- c) Exemption de prime pour l'assurance de base (et facultative) si le membre d'une catégorie de prime est âgé de 65 ans ou plus.
- d) Exemption de prime pour les résidents âgés de 65 ans ou plus.
- e) Les taux s'appliquent simultanément à l'assurance médicale et à l'assurance-hospitalisation à compter du 1<sup>er</sup> avril 1972. Il y a une exemption de prime si le membre d'une catégorie de prime est âgé de 65 ans ou plus et réside depuis au moins 1 an dans la province.
- f) Les célibataires et les familles sont le revenu est inférieur à \$2,000 et à \$4,000, respectivement, sont exemptés.

Au cours de l'année qui fait l'objet du présent rapport, les provinces ont adopté les lois suivantes relatives à leur régime d'assurance médicale:

la population admissible dans toutes les provinces. Toute la population admissible (100 %) est maintenant assurée à Terre-Neuve, dans l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, au Québec, au Manitoba et en Saskatchewan, pratiquement 100 p. 100 de la population en Alberta et en Colombie-Britannique, et plus de 98 p. 100 en Ontario.

### Législation provinciale

Saskatchewan:	An Act to amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act	16 avril 1971
	An Act to amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act	11 août 1971
Manitoba:	An Act to amend the Health Services Insurance Act	27 juillet 1971
Ontario:	The Health Services Insurance Amendment Act, 1971	28 juillet 1971
	The Health Services Insurance Amendment Act, 1971 (n° 2)	15 décembre 1971
	The Ontario Health Insurance Organisation Act, 1971	15 décembre 1971
Québec:	Loi modifiant certaines dispositions législatives d'ordre fiscal	20 mai 1971
	Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie et la Loi de la régie de l'assurance-maladie	18 juin 1971
Terre-Neuve:	The Newfoundland Medical Care Insurance (Amendment) Act, 1971	2 juin 1971

Dans l'année financière 1971-1972, environ 21 millions de Canadiens étaient couverts par les régimes provinciaux d'assurance médicale, ce qui représente quelque 99 p. 100 de

Le Régime d'assurance médicale des Territoires du Nord-Ouest est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1971. Toutes les provinces ont adopté leurs régimes à des dates variées entre l'instauration du programme fédéral le 1<sup>er</sup> juillet 1968 et le 1<sup>er</sup> janvier 1971. Le Yukon a terminé ses préparatifs pour mettre son régime en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1972, date à laquelle le programme national sera appliqué dans toutes les parties du Canada. Les dates d'entrée en vigueur des divers régimes figurent au Tableau A.

#### Participation des provinces

Des renseignements et des opinions ont été échangés entre les responsables canadiens et leurs homologues étrangers au cours de réunions et de colloques d'associations professionnelles tenus au Canada et aux États-Unis ainsi que lors de discussions avec les représentants de gouvernements étrangers intéressés aux réalisations canadiennes dans le domaine de l'assurance médicale.

demande du comité.

Les Centres de soins communautaires (Comité Hastings), à la Méthods of Physician Remuneration in Canada, à l'Étude sur Directeur a soumis un document intitulé "Some Observations on moyenne d'activité des différentes catégories de médecins ont été entreprises et se poursuivront de façon continue. Le sionnels. Des recherches sur l'évaluation de la période provinces, des études analogues sur d'autres groupes professionnels. Il est envisagé d'effectuer, à la demande des provinciales de médecins et aux régimes d'assurance médicale provenant d'études sur le revenu des médecins, aux associations l'utilisation des soins médicaux et a communiqué des données La Direction a poursuivi son programme de recherches sur

Des fonctionnaires de la Direction ont rendu visite aux responsables de tous les régimes provinciaux au cours de l'année. En outre, le Directeur a participé à des discussions préliminaires bilatérales qui ont eu lieu au niveau des fonctionnaires avec les représentants provinciaux, relativement à la révision actuelle des lois sur l'assurance médicale.



rencontrées par certains résidents du Canada pour obtenir une garantie des régimes provinciaux d'assurance médicale et d'assurance-hospitalisation, lorsqu'ils déménagent dans une autre province. Depuis ce temps, des discussions et une correspondance intensives ont été entreprises entre les représentants fédéraux et provinciaux, à la fois au niveau des élus et des fonctionnaires, sur la façon d'arriver à un accord interprovincial acceptable sur l'admissibilité et la transférabilité des prestations. Il s'est tenu à Ottawa trois conférences techniques fédérales-provinciales réunissant des représentants des régimes d'assurance médicale et d'assurance-hospitalisation en vue d'étudier les solutions possibles et d'élaborer des dispositions acceptables pour le projet d'accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité des prestations d'assurance-santé. Ces conférences ont eu lieu les 25 et 26 mai 1971, le 5 octobre 1971 et les 15 et 16 février 1972. La dernière conférence était destinée à permettre aux fonctionnaires d'élaborer des mesures administratives et des règles de travail relativement au projet d'accord, dont la base avait été approuvée par la Conférence des ministres de la Santé en décembre 1971. On s'attend à ce que neuf provinces et les deux territoires acceptent le projet d'accord en totalité et que la dixième province (la Colombie-Britannique) en accepte les principales clauses. L'entrée en vigueur de l'accord a été fixée au 1<sup>er</sup> juillet 1972, à la condition que les provinces puissent faire les modifications nécessaires aux lois et aux règlements avant cette date.

Profitant des crédits d'un programme fédéral de main-d'oeuvre, la Direction a organisé une enquête sur les services d'action directe; ces services s'offrent à de nombreux résidents du Canada qui, pour une multitude de raisons, ne se prévalent pas des services traditionnels de soins médicaux. L'enquête a été menée par l'intermédiaire de la Division de la santé et du bien-être et de la Division des opérations régionales de la Statistique Canada, et constitue la première étude complète de cette nature que l'on connaisse. Une liste de quelque 3,000 services de santé "innovateurs" a été établie, et Statistique Canada devrait publier, au début de la prochaine année financière, un condensé de données descriptives sur les services d'action directe s'occupant de soins médicaux ou de questions connexes, y compris leur emplacement et leurs programmes.



## Régime de soins médicaux

Comme la Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tout Canadien l'accès aux soins nécessaires, selon un régime contributif, et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière, on a établi un programme de soins médicaux qui couvre trois domaines d'activités très voisins :

1. L'application de la Loi sur les soins médicaux.
2. La mise à la disposition des provinces de services consultatifs pour les divers aspects des régimes provinciaux d'assurance médicale.
3. La conduite d'enquêtes et l'offre de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, aux provinces et aux autres organismes intéressés, en vue de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.

Une conférence technique fédérale-provinciale sur les soins médicaux a eu lieu à Ottawa les 6 et 7 octobre 1971, à laquelle assistaient des délégués de toutes les provinces et territoires. Cette conférence a traité principalement de questions financières et administratives.

Le comité technique conjoint gouvernemental-professionnel sur la Nomenclature normalisée, établi vers la fin de l'année financière 1970-1971 tient toujours ses réunions trimestrielles sous les auspices de la Direction de l'assurance médicale. L'objectif de ce comité est d'élaborer un préambule uniforme et une nomenclature simplifiée qui puissent être utilisés par tous les régimes provinciaux d'assurance médicale. Actuellement, les barèmes provinciaux des honoraires des médecins (et des prestations des régimes d'assurance médicale) ne sont pas cohérents ou uniformes dans leur description des services professionnels. Aussi, on rencontre certaines difficultés dans la compilation de données statistiques comparables sur les régimes d'assurance médicale, pour le programme national. Ce comité réunit des représentants régionaux d'associations médicales et de régimes d'assurance médicale provinciaux.

À la Conférence des ministres de la Santé tenue en 1969, il a été demandé au gouvernement fédéral de proposer à titre de tiers neutre des solutions aux difficultés

Les quatre grands principes qui figurent dans la Loi et qui doivent caractériser le régime d'assurance médicale de chaque province participante sont les suivants :

1. La garantie tous risques : Elle couvre tous les services dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Cette règle n'admet aucune franchise, ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. La garantie sera telle que, sur le plan financier, l'assuré ne souffrira d'aucune exclusion et recevra toujours des soins médicaux. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1968, on rembourse également certains services de chirurgiens-dentistes dispensés dans les hôpitaux.
2. La participation universelle : L'assurance est accessible à tous les résidents admissibles de la province participante, aux mêmes conditions. De plus, elle couvre au moins 95 p. 100 de la population admissible. Cela permet d'assurer tous les résidents et d'éviter les discriminations financières pour raison de santé, d'âge, de non-appartenance à un groupe, ou pour tout autre motif. En outre, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, les primes des personnes de certains groupes d'âge ou à faible revenu, à condition que le régime soit financé par un système de primes et que tous les résidents admissibles soient traités de la même façon.
3. La transférabilité des prestations : Le bénéficiaire qui s'absente temporairement de sa province ou qui déménage dans une autre province peut profiter de cette disposition. L'assurance n'est plus liée à une assurance collective au lieu d'emploi et, par conséquent, le changement d'emploi ou de domicile n'entraîne aucune suspension de la garantie.
4. L'administration à titre non lucratif : Elle doit relever d'un organisme public responsable de ses transactions financières auprès du gouvernement provincial.

## RAPPORT ANNUEL

DU

MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

concernant l'application

de la

Loi sur les soins médicaux

pour l'année financière se terminant le 31 mars 1972

Le présent rapport, établi conformément à l'article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le quatrième à être soumis au Parlement; il traite de la gestion pour l'année financière se terminant le 31 mars 1972.

### Historique

La Loi sur les soins médicaux (14-15 Elisabeth II, chap. 64) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la Loi établit un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder une aide financière aux provinces qui appliquent un régime d'assurance médicale selon certains critères minimaux. Ceux-ci se rattachent à la garantie tous risques, à la participation universelle, au transfert des prestations d'une province à l'autre et à l'administration publique.

Les contributions financières du gouvernement fédéral aux provinces participantes sont payables depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1968. Elles s'élèvent à la moitié de la moyenne nationale, par habitant, du coût des risques couverts par le programme fédéral, à l'exception des frais d'administration, multipliée par le nombre moyen d'assurés dans chaque province. Au 1<sup>er</sup> janvier 1971, toutes les provinces participaient au programme et les Territoires du Nord-Ouest ont mis leur régime en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1971. Le Yukon a achevé les préparatifs pour lancer son régime le 1<sup>er</sup> avril 1972.





RAPPORT ANNUEL

DU

MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

CONCERNANT L'APPLICATION

DE LA

LOI SUR LES SOINS MÉDICAUX

POUR L'ANNÉE FINANCIÈRE SE TERMINANT LE 31 MARS 1972

L'HONORABLE MARC LALONDE  
MINISTRE



# Rapport Annuel du Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

concernant l'application de la  
Loi sur les soins médicaux  
pour l'année financière se terminant le 31 mars 1972



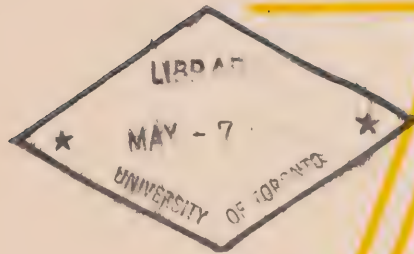
Santé et Bien-être social Canada    Health and Welfare Canada

# annual report medical care



Health  
and Welfare  
Canada

Santé et  
Bien-être social  
Canada



LA HW  
A554





**ANNUAL REPORT**  
of the  
**MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE**  
**Respecting Operations**  
of the  
**Medical Care Act**  
**for the fiscal year ended March 31, 1973**

This is the fifth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act and related to operations for the fiscal year ended March 31, 1973.

**HISTORICAL BACKGROUND**

The Medical Care Act (14-15 Elizabeth II, Chap. 64) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act establishes a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make a financial contribution to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are related to comprehensiveness of insured services, universality of coverage, portability of benefits and public administration.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968 and are based on half of the national average per capita cost of the insured services of the national program, excluding administration, multiplied by the average number of insured persons in each province. All provinces were participating by January 1, 1971 and the Northwest Territories and the Yukon Territory implemented their plans on April 1, 1971 and April 1, 1972 respectively. This is the first fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions.

The four main principles embodied in the Act which must characterize the medical care insurance plan of each participating province are:—

1. *Comprehensive coverage* for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusions except on the grounds that the services were not medically required. The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no financial impediment or preclusion to an insured person receiving necessary medical care. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.
2. *Universal availability* to all eligible residents of a participating province on equal terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five percent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, nonmembership in a group or other consideration. At the same time subsidization in whole or in part for certain age groups or low income groups is permitted, if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally.
3. *Portability of benefits* when the beneficiary is temporarily absent from his own province and when he is moving from one participating province to another. It is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs or residence.
4. *Administration on a nonprofit basis* by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

## MEDICAL CARE PROGRAM

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all Canadians can have access to necessary medical care on a prepaid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. In order to do this effectively the program has been organized on the basis of three inter-related activities:

1. Administration of the Medical Care Act.
2. Provision of advisory services to provinces regarding various aspects of the provincial medical care insurance plans.
3. Conducting studies and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Medical Care Directorate ceased to exist as an organizational entity at the end of this fiscal year with the amalgamation of the Medical Care and Hospital Insurance Directorates as the Health Insurance Directorate, effective April 1, 1973. During the fiscal year there was progressive functional co-operation with the Hospital Insurance and Diagnostic Services Program.

On February 15, 1973, a judgment was handed down in the Supreme Court of British Columbia to the effect that in that province a person who practises osteopathy in fact practises medicine, being registered under the provincial Medical Act. As a result of this ruling, services rendered by osteopaths in British Columbia are eligible as insured services for cost-sharing purposes.

A meeting of Medical Directors of the provincial medical care insurance plans was held in Ottawa, April 12-13, 1972 to discuss items related to quality of care and medical care utilization, including trends in diagnostic, laboratory and radiological services. A federal-provincial workshop for financial administrators of the various medical care insurance plans was held in Ottawa, June 12-13, 1972, and the first meeting of federal and provincial statistics officials involved in the collation and analysis of statistics on medical care utilization and costs was also held in Ottawa, January 22-23, 1973 to discuss policy matters in this area.

The Medical Care Directorate assumed the lead role in a departmental task force which will be co-operating with the medical profession through the national Committee on Physician Manpower in the development of recommendations regarding physician manpower requirements. The first joint governmental-professional activity under this arrangement should be underway by mid-1973.

The joint governmental-professional technical committee on Standard Nomenclature established towards the end of fiscal 1970-71 continued to meet on a quarterly basis under the auspices of the Medical Care Directorate. The objective of this committee is to develop a uniform preamble and simplified nomenclature suitable for use by the provincial medical care insurance plans. At present, provincial physicians' fee schedules (and medical care plan benefit schedules) are not completely consistent or uniform in their description of professional services, thus creating difficulties in the compilation of comparable statistical data being generated by the various provincial medical care insurance plans for use in the national program. This committee includes regional representation from provincial medical associations and medical care insurance plans.

All provinces and territories, with one exception, have accepted an inter-provincial agreement on eligibility and portability of health insurance coverage (i.e. hospital insurance and medical care insurance). This agreement is designed to resolve the difficulties which had previously been experienced by a few residents of Canada in obtaining coverage from provincial plans, particularly when moving between provinces or on arrival in Canada from abroad. The one exception, British Columbia, nevertheless has accepted the most important provisions of the agreement but has declined to accept a provision making first day coverage available to all landed

TABLE "A". PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS (As of March 31, 1973)

- NOTE: (1) All plans provide insured services of federal program (i.e. medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospital).
- (2) The premiums given in the table are those for persons who do not qualify for premium assistance on account of limited income. The provisions for assistance vary from province to province.

Province	Date of Entry	Extra Benefits (b)	Public Authority Responsible for Plan	Regular premiums payable by those who do not qualify for a subsidy, per month, and other charges (\$)		
				Category	Regular Premium	Other Charges
British Columbia	July 1, 1968	Optometry, chiropractic, naturopathy, physiotherapy, podiatry, orthoptic treatment and services of Red Cross nurses, special nurses and V.O.N.	Medical Services Commission, Parliament Buildings, Victoria, B.C. (Insurance contract may be obtained from British Columbia Medical Plan, 1410 Government Street, Victoria, B.C. or approved carriers.) (c).	Single	\$ 5.00	—
				Couple	\$10.00	—
				Family	\$12.50	—
Alberta	July 1, 1969	Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric, chiropractic, podiatric and osteopathic services, and appliances provided by podiatrists. (An optional health services contract is available through the Commission at subsidized rates to residents who are not members of a group.)	Alberta Health Care Insurance Commission, P.O. Box 1360, Edmonton, Alberta, T5J 2N3	Single	\$ 5.75(d)	—
				Couple	\$11.50(d)	—
				Family	\$11.50(d)	—
Saskatchewan	July 1, 1968	Optometry, referred orthodontic service provided by a dentist for care of cleft palate, chiropractic.	Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Provincial Health Building, 3211 Albert Street, Regina, Saskatchewan, S4S 0A8	Single	\$ 1.00(e)	—
				Couple	\$ 2.00(e)	—
				Family	\$ 2.00(e)	—
Manitoba(a)	April 1, 1969	Optometry, chiropractic. Prosthetic devices and services and certain limb and spinal orthotic devices when prescribed by an M.D.	Manitoba Health Services Commission, 599 Empress Street, Winnipeg 10, Manitoba	Single	\$ .55	—
				Couple	\$ 1.10	—
				Family	\$ 1.10	—
Ontario	Oct. 1, 1969	Optometry, chiropractic, podiatry, osteopathy.	Ontario Health Insurance Plan, 2195 Yonge Street, Toronto 295, Ontario. (Insurance contract may be obtained from the Plan at that address or from district offices.)	Single	\$11.00(f)	—
				Couple	\$22.00(f)	—
				Family	\$22.00(f)	—
Quebec	Nov. 1, 1970	Optometry; oral surgery in a university institution, Drug benefit (social assistance recipients.)	Quebec Health Insurance Board, P.O. Box 6600, Quebec 2, P.Q.	All Eligible Residents	—	0.8% of earnings with ceiling of \$200.00/year(g).
New Brunswick	Jan. 1, 1971		Department of Health, Box 5100, Fredericton, N.B.	All Eligible Residents	—	—
Nova Scotia	April 1, 1969		Medical Care Insurance Commission Lord Nelson Building, P.O. Box 500, Halifax, Nova Scotia	All Eligible Residents	—	—
Prince Edward Island	Dec. 1, 1970		Health Services Commission, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I.	All Eligible Residents	—	—
Newfoundland	April 1, 1969		Newfoundland Medical Care Insurance Commission, Elizabeth Towers, Elizabeth Avenue, St. John's, Newfoundland	All Eligible Residents	—	—
Yukon Territory (a)	April 1, 1972		Yukon Health Care Insurance Plan, P.O. Box 2703 Whitehorse, Yukon.	Single	\$ 6.50	—
				Couple	\$12.50	—
				Family	\$14.50	—
Northwest Territories	April 1, 1971		N.W.T. Health Care Plan, Yellowknife, N.W.T., X0E 1H0	All Eligible Residents	—	—

(a) Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums.

(b) These benefits are provided generally on a limited basis. For specific details, information may be obtained from provincial authority; the federal government is not contributing towards the costs of these extra benefits.

(c) Approved carriers limited to group coverage.

(d) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more.

(e) Premium exemption for resident 65 years or more.

(f) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.

(g) Single persons with net incomes under \$2,500 and families under \$5,000 are exempted.



immigrants and to other new residents assuming residence in the province from outside Canada, and for these a waiting period of up to 3 months will usually be required. The target date for implementation of the agreement was July 1, 1972 or as soon as possible thereafter depending on provincial ability to make the necessary legislative and regulatory changes for full implementation of the agreement.

The first comprehensive survey of outreach facilities providing health and/or related services and the program provided by each was organized by the Medical Care Directorate in the winter of 1971-72, with the actual survey being effected by the Health and Welfare and Field Divisions of Statistics Canada. A compendium containing descriptive data on some 3,000 "innovative" care facilities has been published by Statistics Canada in August 1972 as a result of this survey.

The Directorate continued and expanded its program of studies in the field of medical care economics, including the distribution of data arising from physicians' income studies to the provincial medical associations and corresponding provincial medical care insurance plans. The program of studies now includes an on-going study on the estimated average working life of different kinds of physicians. This was initiated in 1971 in response to a request from the Canadian Medical Association indicating that this kind of information is necessary to assist the Association in giving due consideration to this factor when determining fee differentials. Similar studies are being undertaken or being considered in relation to other health professionals at provincial request. In-depth comparative analyses of provincial medical care plans utilization and costs experience are also being continued.

Officers of the Directorate visited officials of all provincial plans during the year. Information and views were exchanged with counterparts through attendance at professional association meetings and symposia in Canada and the United States, and through discussions with representatives of foreign governments interested in Canadian developments in the field of medical care insurance. This has included special visits to Ottawa by representatives of the U.S. Social Security Administration, written requests for information and, on occasion, requests for formal presentations at U.S. meetings.

The Director General, Medical Care undertook a series of visits to the health ministries of selected European countries in September and October, 1972 to obtain information on their health care programs. He was also a member of a team of senior departmental officials who participated in a Tripartite (Canada-U.S.A.-U.K.) Meeting on health manpower which was held in Washington, March 19-20, 1973.

The Medical Care Directorate was represented at the NATO Committee on the Challenges of Modern Society Advanced Health Care Delivery project meetings on Organized Ambulatory Health Services and Systematic Assessment of Health Services which were held during the year. The chairmanship of the latter project was assumed by the Medical Care Directorate in October, 1972.

## PROVINCIAL PARTICIPATION

The medical care insurance plan for the Yukon Territory was implemented on April 1, 1972. All provinces had previously introduced their plans at varying times between the implementation of the federal program, on July 1, 1968, and January 1, 1971. The Northwest Territories' plan was implemented on April 1, 1971. The national program has thus been in effect in all jurisdictions since April 1, 1972. The dates when the various plans were introduced will be found in Table A.

100% of the eligible population are now insured in Newfoundland, Prince Edward Island, Nova Scotia, New Brunswick, Quebec, Manitoba, Saskatchewan, the Northwest Territories and the Yukon Territory; virtually 100% in Alberta and British Columbia; and over 99% in Ontario. Of an estimated 21.9 million residents of Canada who are eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans, all but some 10,000 are insured.

## PROVINCIAL LEGISLATION

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans has been continued and no serious difficulties encountered, although in a few instances changes in provincial regulations required clarification to ensure that the terms and conditions of the federal legislation continued to be met. During fiscal 1972-73, the provinces enacted the following legislation related to their provincial medical care insurance plans:

<i>Alberta:</i>	The Alberta Health Care Insurance Act, 1972	June 2, 1972
	The Health Insurance Premiums Amendment Act, 1972	June 2, 1972
	The Health Insurance Statutes Amendment Act, 1972	November 22, 1972
<i>Saskatchewan:</i>	An Act to amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act	May 5, 1972
<i>Manitoba:</i>	An Act to amend the Health Services Insurance Act	July 11, 1972
<i>Ontario:</i>	The Health Insurance Act, 1972	June 23, 1972
	The Public Health Amendment Act, 1972	June 23, 1972
<i>Newfoundland:</i>	The Newfoundland Medical Care Insurance (Amendment) Act, 1973	March 29, 1973

## SUMMARY OF PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS

Table A summarizes the provincial medical care insurance plans as of March 31, 1973. While descriptions of the various provincial plans have appeared in earlier annual reports, the following is an up-dated description of all plans, together with specific reference being made to any significant changes which have occurred during fiscal 1972-73.

### **The British Columbia Medical Services Plan**

In British Columbia, a Medical Services Commission, comprising three members appointed by the Lieutenant Governor in Council, functions as the public authority responsible for the operation of the provincial medical care insurance plan. The Commissioners include a nominee of the British Columbia Medical Association. The Commission, effective November 21, 1972, is responsible to the Minister of Health Services and Hospital Insurance. Prior to that time it had been responsible to the Provincial Secretary. The provincial authority markets its contract through two pre-existing nonprofit plans (which are licensed to sell additional benefits over and above the basic provincial plan, either separately or as a package connected with the governmental contract) and through the British Columbia Medical Plan, a governmental agency.

The two nongovernment carriers limit their services under the plan to group coverage and they offer private insurance coverage for additional premiums (e.g. drugs, ambulance service, etc.) separately and distinctly from the provincial plan. Premiums collected by them on behalf of the governmental contract must be remitted to the province. Irrespective of which agency the subscriber enrolls with, his insurance contract is with the Province of British Columbia and it is the provincial authority which processes the doctors' accounts and makes payment on the claims.

The British Columbia Medical Services Plan is a voluntary premium plan. Coverage is contingent upon the required premiums having been paid with coverage ceasing when the premium is 15 days in default. Subsidies of 50% or 90% are available towards the cost of the premiums for persons in specified low income brackets if they have been permanent residents of the province for

the 12 consecutive months immediately prior to application. The following premiums are charged to insured persons:

	Regular Premiums Per year	Premiums per year when taxable income nil	Premiums per year when taxable income less than \$1,000
Single	\$ 60.00	\$ 6.00	\$30.00
Couple	\$120.00	\$12.00	\$60.00
Family of 3 or more	\$150.00	\$15.00	\$75.00

Full premiums are paid on behalf of persons who qualify for social assistance.

The patient has free choice of physician and a physician may "opt out" of participation in the plan without his patient losing entitlement to benefits. Osteopaths are registered under the provincial Medical Act and their services are eligible as insured services for cost-sharing purposes. Physicians are responsible for ensuring that referrals for insured pathological, radiological and electrodiagnostic services (other than electrocardiograms) are to laboratories approved by the Commission, with preference being given to the use of available approved hospital and public laboratories, unless the patient agrees in writing in advance to accept liability. Detailed regulations have been introduced governing the approval of laboratories and the Commission's responsibility in this regard. These regulations also specify which laboratory services are insured when provided in a practitioner's office.

When an insured person is temporarily visiting or travelling outside the province, the provincial plan restricts the insured services to those, which he would otherwise be entitled to, resulting from unexpected illness or injury. Elective services when an insured person is temporarily outside the province require prior approval from the Commission before payment of benefit coverage will be considered. These limitations also apply when an insured resident moves to another participating province during any waiting period imposed by the plan of the second province.

Additional benefits, towards the cost of which the federal government is not contributing, are included in the British Columbia plan. These additional benefits include the services of optometrists, chiropractors, naturopaths, physiotherapists, podiatrists, Red Cross nurses, special nurses and V.O.N. nurses and orthoptic treatment, all on a limited basis, and are only available within British Columbia. The British Columbia government restored the level of the non-cost-shared extra benefits on July 1, 1972 to the level in effect prior to July 1970, when they had been reduced.

### The Alberta Health Care Insurance Plan

The medical care insurance plan in Alberta is administered by the Alberta Health Care Insurance Commission which is responsible to a provincial Minister without Portfolio. Eligibility for provincial hospital insurance depends on medical care insurance status.

Prior to November 22, 1972, the plan provided benefit coverage to all eligible residents with entitlement to benefit not being contingent upon the payment of premiums but on residency status. Since that date, all eligible residents, as previously, are required to be registered with the Commission but benefits ceased to be payable if the resident is not registered at the time of service. However, there is a provision in the amending legislation which permits the Commission to register such a person, and other residents in the family unit, effective the date on which a claim is received or from the date on which the person is admitted to an approved hospital.

A conjoint premium is charged for medical care and hospital insurance. Premiums are collected on a monthly, quarterly or annual basis but under employment and other group arrangements they are payable monthly. Social assistance recipients are not required to pay premiums and scaled subsidies are available for other persons with limited incomes. Amending legislation, effective June 2, 1972, empowers the Commission to waive payment of premium when the Department of Health and Social Development has determined that such payment would constitute financial hardship to the individual concerned.

The following premiums are charged to insured persons:

	Regular Premiums Per year	Social Assistance Recipients	Nil	Premiums per year when taxable income	
				\$500 (single) or or less	\$1,000 (family)
Single	\$ 69.00	Nil	\$24.00	\$36.00	
Family of 2 or more	\$138.00	Nil	\$48.00	\$72.00	

A resident who is 65 years of age or over is entitled to exemption from premium payment for the basic hospital and medical care insurance coverage on behalf of himself and any dependents in the family unit.

The plan permits a resident who is not a dependent and who is registered and is not in default of premiums, to opt out of the plan *and* the provincial Hospitalization Benefits Plan on a yearly basis if his application is received prior to July 1. An approved application is valid for the year July 1 – June 30 and during this period the resident is not liable for premiums and he and his family, if any, are not eligible for benefits of the provincial plans unless any of his dependents have elected to be excluded from his declaration to opt out. An opted out resident may obtain private insurance coverage against the costs of hospitalization but not in respect of the insured services under the Medical Care Act. Options affecting 280 individuals out of more than 1,685,000 were made pursuant to this provision during the fiscal year.

In regard to remuneration, practitioners are not required to make a choice of dealing directly with the provincial plan for all of their insured patients or opting out for all of their patients. In this respect the plan is quite different from those of other participating provinces with the exception of New Brunswick. The patient has a free choice of practitioner but if the practitioner intends to charge an amount more than the plan benefit, before the services are rendered, he must have an agreement or arrangement with the patient to that effect. The practitioner is thus free to deal with the plan or the patient or both regarding the remuneration for his services.

Amending legislation, effective November 22, 1972, granted the Commission wider powers in re-assessing claims and effecting recoveries, and involved the appropriate provincial professional health associations in the claims re-assessment procedures. In addition, the Commission was empowered to appoint auditors to examine practitioners' books, accounts or records (other than patients' records) with consent of the practitioners involved. If consent is withheld, the Commission was authorized to withhold payment of benefits for claims.

Under the Alberta Health Care Emergency Financial Assistance Regulations insured residents may receive additional benefits for the cost of health services to be incurred or already incurred outside Alberta (basic and optional coverage) beyond the usual level of payment in respect of similar services rendered in Alberta, on application to the Commission and in accordance with certain stipulations such as prior approval (where applicable); emergency situation; services not available in Alberta; undue financial burden.

If a registered resident is temporarily absent from Alberta and requires insured services, benefits may be withheld until any relevant premium arrears have been paid. This provision became effective on November 22, 1972.



A resident of Alberta leaving Alberta to reside permanently elsewhere is required to obtain a Certificate of Continuing Coverage in order to be assured of benefits following his departure, and until the coverage of the next provincial plan can be obtained, where applicable. This requirement became effective on October 1, 1972. The Certificate must be applied for before leaving or within one month of leaving and will only be issued if the applicant is not in arrears of payment.

Additional benefits, towards the cost of which the federal government is not contributing, include some office dental services and limited optometric, chiropractic, podiatric and osteopathic services, and appliances provided by podiatrists. The Commission also makes available to paid up, registered residents who are unable to obtain Blue Cross coverage on a group subscriber plan, an optional health services contract (for hospital differential charges for preferred accommodation, ambulance services, prescription drugs, appliances, home nursing care, naturopathic services, clinical psychological services and dental care needed because of an accident or injury) at subsidized rates of \$2.00 per month for a single subscriber and \$4.00 per month for a family of two or more persons. The optional coverage is available at reduced premiums for those with limited incomes. Residents who are 65 years of age or over are entitled to this coverage without premium payment on the same basis as for the basic hospital and medical care coverage.

### The Saskatchewan Medical Care Insurance Plan

The public authority responsible for the administration of the Saskatchewan plan consists of the provincial Minister of Public Health; the Board of Health Region Number 1, Swift Current; the Saskatchewan Tuberculosis and Respiratory Disease Association; the Saskatchewan Cancer Commission; and the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission. All of the agencies represented in the public authority were previously independent and administered their respective benefit programs with varying policies and residency requirements. The qualifying Saskatchewan Medical Care Insurance Plan differs somewhat from the original Saskatchewan medicare plan introduced in 1962. The plan now includes benefits previously provided under a variety of separate programs or agencies including the Medical Care Insurance Commission, the Swift Current Health Region Number 1, the Cancer Control Commission, the Saskatchewan Tuberculosis and Respiratory Disease Association and the Provincial Department of Public Health. The range of benefits provided by these previously separate programs or agencies have been expanded where necessary to conform with the requirements of the federal legislation and residency requirements have been standardized. The premiums charged and rates of payment to medical practitioners have also been standardized between the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission and Swift Current Health Region which operates its own medical care plan.

The Saskatchewan plan is a compulsory premium plan with the premium covering about 12% of the cost in 1972, and subsidized at this level from general provincial revenues. Coverage is normally contingent on the required premium having been paid or responsibility for the payment of the premium having been assumed by governmental bodies. There is no scaled subsidy toward the premium based on income but persons in receipt of public assistance have the premium paid on their behalf by the provincial Department of Social Services. There is a conjoined premium covering both Hospital Insurance and Medicare with the "medicare" portion of this conjoined premium being:

Single	\$12.00/year
Family	\$24.00/year

Residents who are 65 years and over in the premium year are exempt from premium liability.

The patient has free choice of physician and a physician may decide not to participate in the plan without his patient losing entitlement to benefits. The benefits payable for insured services received out-of-province are normally limited to the benefits payable for comparable services

rendered in Saskatchewan. However, the costs of medical services that are not available in Saskatchewan but are provided in another province are paid in full.

The physician in Saskatchewan may bill the plan directly, bill the plan indirectly through one of the two approved health agencies or bill the patient directly. Under the first two alternatives he must accept the plan payment as payment in full. The approved health agencies usually act as a "post office" in the processing of claims only where the physician is affiliated with the agency and the patient is a subscriber to the agency, but there are exceptions such as in the case of social assistance recipients, and for out-of-province services received by agency subscribers. The approved health agencies are permitted to provide their subscribers with coverage for a range of extended benefits.

The Commission, as a result of the 1972 legislative amendments, is authorized to conclude agreements with non-profit corporations under which payment is made to the organization on the basis of a negotiated lump sum rather than fee-for-service, with the organization being responsible for the payment of physicians and other health workers under contract to the organization.

The provincial plan includes an optometric benefit, coverage for referred orthodontic service by a dentist for care of cleft palate, and, from February 1, 1973, coverage for chiropractic services. The chiropractic benefit is unique in that it is the only one of its kind provided by a public medical care insurance plan in Canada which does not have a limit on the number of necessary services, or dollar volume, which an individual or family can receive. The federal government does not contribute towards the cost of these additional benefits.

#### **The Manitoba Health Services Insurance Plan**

The Manitoba Health Services Insurance Plan is an amalgamation of the former Manitoba Health Plan and the Manitoba Hospital Services Plan under one public authority, the Manitoba Health Services Commission. The Commission is responsible to the provincial Minister of Health and Social Development for administration of the provincial plan.

The Manitoba plan is a compulsory plan which is funded from provincial general revenues and hospital and medical care premiums are collected by the Commission under a common billing arrangement. The medicare premiums are set at a nominal level of:

Single	\$ 6.60/year
Family	\$13.20/year

Recipients of public assistance and others in a similar category are exempt from the payment of premiums. There are no intermediate subsidy levels provided with respect to the premium structure. It was announced prior to the end of the fiscal year that residents aged 65 years or over would be premium-exempt from April 1, 1973.

Entitlement to insured services is not linked to payment of premium and each resident is an insured person, subject to the usual waiting period up to 3 months immediately following arrival in Manitoba if the new resident is from another participating province or territory. If the person previously resided outside Canada, benefits are available on the date of arrival in Manitoba.

Each patient has a free choice of physician. Physicians may decide not to participate in the plan without their patients losing entitlement to benefits. Participating physicians accept plan payment as payment in full for their services and are not permitted to charge or to collect fees from insured residents in excess of the benefits payable by the plan. A nonparticipating physician must provide an insured person with reasonable notice that his fees will be collected directly rather than through the plan. The enforcement powers of the Medical Review Committee, previously established to review abnormal patterns of medical practice, were broadened as a result of legislative changes, effective July 11, 1972.

Normally out-of-province benefits are payable at a rate of payment no greater than for similar services rendered in Manitoba but the July 11, 1972 legislative amendments now make it

possible for the Commission, subject to regulations, to pay at higher rates for necessary out-of-province care.

An insured person who leaves Manitoba to reside elsewhere should obtain an out-of-province certificate from the Commission showing that coverage is available for up to three months following arrival in the new place of residence.

The benefit coverage of the provincial plan includes the comprehensive medical and limited dental coverage of the national program (and insured hospital services) plus limited optometric and chiropractic benefits which are not cost-shared by the federal government. Extra benefits of the provincial plan, since May 13, 1971, include limb prosthetic devices and services, and, with prior approval of the Commission, limb and spinal orthotic devices, when prescribed by a medical practitioner.

### The Ontario Health Insurance Plan (OHIP)

This plan is an amalgamation of the insurance operations of the Ontario Hospital Services Commission and the Ontario Health Services Insurance Plan which has been in effect since April 1, 1972. The amalgamation was undertaken under the authority of interim legislation. The consolidation of the provincial hospital and medical care insurance legislation was achieved by the Health Insurance Act, 1972 which was assented to on June 21, 1972, with an effective date of April 1, 1972. OHIP is a division of the Ministry of Health and the Minister of Health continues as the responsible public authority.

The plan, which normally requires the payment of premiums by or on behalf of insured residents, is a semi-voluntary plan, being compulsory in the case of employee groups of 15 or more persons who are residents of Ontario. Provision is made for the voluntary creation of a mandatory group in the case of 6-14 employees and an organization of fifteen or more persons may apply to become a collector's group or be designated as such by the plan. Registration and claims processing are undertaken by 8 district offices which have been established in the following locations: Windsor, London, Hamilton, Toronto, Kingston, Ottawa, Sudbury and Thunder Bay.

Premiums for the combined plan are normally required to be paid three months in advance and coverage is subject to a comparable waiting period for all residents with certain specified exceptions, such as landed immigrants who may apply for the benefit coverage within three months of arrival without a waiting period being imposed. On a yearly basis, the premium rates for hospital and medical care insurance coverage are as follows:

	Regular Premiums Per year	No taxable income	Yearly premium rates where taxable income is under \$1,000 (single) and \$2,000 (couples and families)
Single	\$132.00	Nil	\$ 66.00
Couples and Families	\$264.00	Nil	\$132.00

The plan makes provision for total or partial assistance towards the cost of premiums for persons with limited incomes as shown in the table, with eligibility being determined by an assessment of the current year's taxable income. Social assistance recipients automatically qualify for total premium assistance and temporary assistance is available for any insured person who is unable to continue payment of premiums due to unemployment, illness, disability or financial hardship. Organized provisions have been incorporated in the new plan whereby residents receiving social assistance from municipalities and other residents considered indigent will be enrolled in the plan. Residents of Ontario who are 65 years of age or older and who have been ordinarily resident

in the province for the previous 12 months are entitled to a premium-exemption for OHIP coverage on behalf of themselves and any other members of their premium unit.

Freedom of choice is provided for patients and for physicians. A physician may "opt out" of participation in the plan without his patients losing their entitlement to benefits. If a physician bills the plan directly in respect of his patients he must accept the plan payment in respect of his services as payment in full. If a physician has opted out and intends to charge the patient more than the current provincial medical association fee schedule he must advise the patient of the exact amount of the fee in excess of the schedule. Opted-out physicians may still bill the plan directly under certain specified circumstances such as for the provision of urgently required services where no prior professional relationship existed with an insured patient.

All medical laboratories are now required to be licensed and subject to increased control and supervision as a result of passage of amendments to the Public Health Act and the promulgation of detailed regulations, effective November 1, 1972.

In addition to the insured services of the national Hospital Insurance and Diagnostic Services and Medical Care Programs, OHIP provides the following extra benefits. The coverage of the combined plan was broadened, effective April 1, 1972, to include care in nursing homes and homes for the aged when regular nursing service and medical supervision are required, subject to a co-payment charge of \$3.50 per day, with the plan paying the balance of the home's approved daily cost for medically required services in standard ward accommodation. This extended care benefit is normally only available to those who have been ordinarily resident in Ontario for the twelve months preceding application for the benefit. This requirement does not apply to persons receiving benefits under The General Welfare Assistance Act or the Family Benefits Act.

The benefit coverage of the Ontario plan also includes certain optometric benefits and coverage for the services of chiropractors, osteopaths and podiatrists on a limited basis, as well as other non-hospital benefits towards the costs of physiotherapy and ambulance services. The extended care benefit and the other extra benefits are not cost-shared by the federal government.

### **The Health Insurance Plan of Quebec**

The Quebec Health Insurance Board, an agency of the provincial government, is the public authority which is responsible to the Minister of Social Affairs for the administration of the provincial Health Insurance Plan.

The plan covers all eligible residents of the province. There are no premiums and the plan is financed by a provincial income tax surcharge and by special employer contributions. The provincial Minister of Revenue is responsible for the collection of these funds and remitting them to the Board.

The provincial income tax surcharge requires married persons with a net income exceeding \$5,000 and single persons with a net income exceeding \$2,500 to contribute 0.8% of their net income for this purpose. Prior to 1973 the surcharge was applied to net incomes in excess of \$4,000 and \$2,000 respectively. The maximum annual contribution is \$125.00 for tax-paying employees who derive at least three-quarters of their incomes from their salaries or wages and \$200.00 in other cases. Employers are required to contribute 0.8% of their payrolls.

All residents who are eligible for insured services must be registered with the Board. Each insured person is issued with a plastic registration card which must be presented to the professional concerned when seeking insured services in Quebec. Every health professional lawfully authorized to furnish insured services in Quebec must also register with the Board.

The plan provides for three classes of health professional personnel in Quebec on the following basis:

- (1) Professionals practising within the scope of an agreement between a professional organization and the Minister of Social Affairs. Their patients do not receive any bills



for insured services received and the professional rendering insured services is remunerated directly by the Board and in accordance with the tariff provided in the agreement.

- (2) Professionals who have withdrawn and practise outside the plan but who have agreed to be remunerated solely in accordance with the tariff provided in an agreement between a professional organization and the Minister of Social Affairs. These professionals are permitted to bill their patients for insured services rendered but are required to notify their insured patients of this in advance and in writing except in the case of emergencies. The patients, in turn, are entitled to submit the bills to the Board for payment. On receipt of payment from the Board, it is the responsibility of the patient to pay for the service(s) received. A withdrawn professional is not allowed to bill his patients beyond the allowable tariff subject to the application of the agreement.
- (3) Nonparticipating professionals who practise outside the scope of the plan. These doctors have not agreed to be remunerated in accordance with the tariff provided in an agreement. They are required to provide written notification in advance to any resident requiring their services, other than in an emergency, that he will have to pay any fee charged. A resident of Quebec who receives an otherwise insurable service from a nonparticipating professional is solely responsible for payment of the professional fee incurred, except in the case of an emergency, when the doctor is remunerated by the Board in accordance with the tariff in the appropriate agreement.

Most health professionals providing insured services in Quebec participate in the provincial plan and very few are practising outside the plan.

Provision is also made for any health professional practising outside Quebec to practise under the Quebec Health Insurance Plan as a "voluntary participant" without being required to belong to the appropriate professional organization in Quebec. Such voluntary participants mostly practise in communities bordering on Quebec and they agree to follow the procedure for claim submission and to accept plan payment on the same basis as participating professionals in Quebec.

The patient has free choice of physician and physicians may select their mode of practice with respect to the plan as described above. Patients of opted-out health professionals do not normally have any entitlement to insured benefits payable by the plan for services rendered by such doctors.

Insured residents are also entitled to reimbursement for the cost of insured services received outside Quebec on submission of receipts or statements for these services. The maximum reimbursement level is set at the rate payable by the Board for comparable services received in Quebec.

In addition to coverage for the insured services of the national program (i.e. the medically required services of medical practitioners and specified surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospital), the Health Insurance Plan provides coverage for certain optometric services and for certain oral surgery services rendered by dentists in approved university institutions.

The Quebec Health Insurance Board also administers a drug benefit program on behalf of the Department of Social Affairs. This program was implemented on August 1, 1972. Persons eligible for benefits under this program are those who are entitled to social aid under the Social Aid Act and their dependents, and persons entitled to an allowance under the Blind Persons Allowance Act or the Disabled Persons Act. The prescription drugs covered by this program are included in an approved drug list and deterrent charges up to 50 cents per prescription for certain products were imposed at the outset. The deterrent charges have been suspended from December 1, 1972 until June 1, 1974. Persons qualifying for this drug benefit are issued with a special eligibility card and a drug register in which may be recorded the drugs supplied. The federal government contributes toward the drug benefit through the Established Programs (Interim Arrangements) Act which applies to the Canada Assistance Plan insofar as Quebec is concerned.

## **Medicare — New Brunswick**

The medical care insurance plan in New Brunswick is officially known as “Medicare”. The plan is funded from general provincial revenues and it is administered by the Medicare Division of the provincial Department of Health. The Minister of Health is the provincial authority.

Medicare is a nonpremium plan which covers all eligible residents who have resided in the province for a minimum waiting period lasting until the first day of the third month following the establishment of residence. Prior to July 1, 1972 the minimum waiting period was 3 months for new residents. Since that date, landed immigrants and certain other categories of new residents are now able to obtain immediate coverage effective their date of arrival in the province if they register with the plan within 30 days of establishing residence. Corresponding coverage is provided during periods of temporary absence and, on ceasing to be resident of the province, until the first day of the third month following arrival at a new residence elsewhere in Canada. No special provisions are required for the coverage of residents with limited incomes.

Insured residents may register with the Medicare Division and receive a Hospital and Medicare identification card which must be shown to the professional concerned when obtaining an insured service.

Patients have free choice of physician and a physician may decide not to participate in the plan without his patients losing entitlement to benefits. However, he must advise his patients before providing insured services that he is a non-participant. A participating practitioner also has the option in the case of each patient of either billing the plan or billing the patient if he advises the patient in advance that he intends to do so. If the patient is billed by a participating or nonparticipating physician, the amount of the fee charged must be made known to the plan. The participating practitioner who bills the plan directly must accept the plan payment in respect of his services as payment in full. The only instance in which a physician may charge Medicare and the patient is in the case of a specialist in obstetrics who has provided nonreferred routine obstetrical care, in which case he is permitted to bill the patient up to a specified amount.

A Professional Review Committee, consisting of five members appointed by the Minister of Health from nominees of the New Brunswick Medical Society, was established in January, 1973 to review and recommend on patterns of billings by physicians and such other matters as may be referred to it by the Minister.

The benefit coverage of Medicare is limited to the comprehensive medical and the dental coverage of the national program.

## **Medical Services Insurance, Nova Scotia**

The medical care insurance plan in Nova Scotia, called Medical Services Insurance (MSI) is operated by a conjoint public authority, consisting of the Medical Care Insurance Commission and Maritime Medical Care Incorporated, responsible to the provincial Minister of Public Health. Maritime Medical Care Incorporated is a doctor-sponsored prepayment agency and it is authorized to act on a nonprofit basis as the administrative arm and fiscal agent of the public authority, undertaking the registration of insured residents and the payment of claims for insured services at the level authorized by the plan. The Corporation is nevertheless permitted privately to continue or expand its coverage of services which are not insured services under the provincial plan.

Legislation has been introduced in the provincial legislature to consolidate the Medical Care Insurance Act and the Hospital Insurance Act and to establish a new Commission, the Health Services and Insurance Commission, which will assume all of the functions of the existing Medical Care Insurance Commission and the Hospital Insurance Commission.

Medical Services Insurance is a nonpremium plan covering all eligible residents and funded from provincial general revenues. All residents are required to be registered with the provincial plan but eligibility for benefits does not depend upon prior registration as provision is made for unregistered persons to be registered retroactively, if bona fide residents, on receipt of claims for

insured services. No special provisions are required, therefore, for the coverage of those with limited incomes. Entitlement to insured services is contingent upon an otherwise eligible resident having been a resident of the province for a minimum waiting period, lasting until the first day of the third month following establishment of residence in the province, immediately before the insured services are received. This waiting period was established by regulatory change, effective July 1, 1972. Previously the waiting period had been 3 months for new residents. Also, as of that date, new residents who arrive from outside Canada are able to obtain coverage from the day of establishing residence in the province.

The patient has free choice of physician and physicians may opt out of participation in the plan without their patients losing entitlement to benefits. A nonparticipating physician is not entitled to make any charge to an insured resident for an insured service unless the resident is informed in advance that the physician is not participating in the plan. Any physician may charge an insured resident more than the tariff payable by the Commission with respect to his services if the resident is given reasonable notice of his intention to charge a greater amount and the resident, or some other person acting on his behalf, consents in writing to the extra charge. The amount of the extra charge must be made known to the Commission.

The insured services of Medical Services Insurance in Nova Scotia are those of the national program.

### **The Prince Edward Island Health Services Payment Plan**

The Health Services Commission of Prince Edward Island is the public authority responsible to the Minister of Health for the administration and operation of the Health Services Payment Plan.

This is a nonpremium plan which is financed from general provincial revenues. All eligible residents are covered by the plan and entitlement to insured services is contingent upon residency in the province and registration with the Commission.

All beneficiaries are required to be registered with the Commission and have a Social Insurance Number. Family heads or single persons receive a Health Services Registration Certificate following registration. Entitlement to benefits is contingent upon registration. Landed immigrants and certain other categories of new residents who establish residence in the province are entitled to benefits, subsequent to July 1, 1972, from the date of establishing residence, provided the registration requirements are met. In the case of new residents from other provinces, the waiting period before becoming entitled to coverage was changed, effective July 1, 1972, from 3 months to two full consecutive calendar months from the date of establishing residence in the province.

The patient has free choice of physician and physicians may elect to practise outside the plan without their patients losing their entitlement to benefits. When a physician renders a basic health service to an entitled person he may charge the person a fee in excess of the tariff established by the Commission but not exceeding the Schedule of Fees of the provincial medical association if prior notice is given, the extra charge is agreed to in writing and the amount is made known to the Commission. A nonparticipating physician must give an insured person reasonable notice that his fees will be collected directly rather than through the plan.

A regulatory change made on June 14, 1972, but retro-active to August 1, 1971, gave the Commission increased flexibility in determining appropriate payment for out-of-province services received by insured residents, depending on whether or not the services are available in Canada, and whether or not prior approval is obtained in non-emergency cases. Insured services received in another province are paid at the rate payable for these services by the medical care insurance plan in the other province in cases of sudden illness, accident or on referral approved by the Commission, or at a tariff established by the Commission when the services are rendered outside Canada but are considered by the Commission to be available in Canada. Insured services received



outside Canada and which are not considered by the Commission to be available in Canada may, with prior approval, be paid for at such rates as the Commission may decide. The level of benefit payable for other out-of-province insured services is at the level payable for similar services rendered in Prince Edward Island.

The benefit coverage of the provincial plan is limited to the insured services of the national program.

### **Medical Care Plan, Newfoundland**

A Medical Care Commission is the public authority responsible to the provincial Minister of Health for the Medical Care Plan (MCP) in Newfoundland into which the former Children's Health Service and the Cottage Hospital Medical Care Plan were absorbed. The provincial plan is a nonpremium plan which is funded from provincial revenues and covers all eligible residents of the province who, however, are required to register before claims may be accepted. No special provisions are required therefore for those with limited incomes. New residents entering the province from another participating province or territory are subject to a waiting period up to three months before being eligible for benefits but otherwise there is no waiting period. Each insured person is supplied with an identification card which must be presented to a physician when seeking medical services.

The patient has free choice of physician and physicians have free choice of patients. Physicians must decide whether to participate in the plan for all of their insured patients or to practise completely outside of the plan for all of their patients. However, insured patients of opted-out physicians do not lose their entitlement to insured benefits. Opted-out physicians are required to inform their patients, prior to treatment, of their status and intentions regarding billing beyond the level of benefit payable by MCP. Opted-out physicians, however, submit accounts on behalf of their insured patients to MCP which, in turn, provides these physicians with a monthly remittance statement indicating the benefits which have been paid to their patients. Participating physicians accept plan payment as payment in full but a participating specialist, subject to similar conditions applicable to opted-out physicians, may charge a nonreferred patient the differential, if any, between the plan payment and what he would otherwise have received in respect of his services if the patient had been referred to him by another physician.

Prior to July 1, 1972, out-of-province benefits were limited to the rate payable for similar services rendered in Newfoundland. A regulatory change has subsequently made it possible for MCP to pay for insured services received by beneficiaries, while in another province, in accordance with the level of benefits of the provincial medical care insurance plan in the province where the services were provided. At the same time, the regulatory change now makes it possible for MCP to pay in respect of insured services received out-of-country at a rate which the Commission considers to be fair having regard to the services provided.

Prior to the end of the fiscal year, the provincial Minister of Health announced that the system of proration of all physicians accounts above specified gross limits, that had been introduced in 1971, had been dropped and a method of selective proration instituted in its place retroactive to January 1, 1973. Selective proration will be imposed as a sanction where a professional review committee finds that the number of insured services rendered by a particular physician are above and beyond the number considered normal and makes an appropriate recommendation to the Commission.

The benefit coverage of the provincial plan is limited to the insured services of the national program, namely, comprehensive coverage for the medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental services undertaken by dental surgeons in hospital.

### **The Yukon Territory Health Care Insurance Plan**

The Yukon Health Care Insurance Plan was implemented on April 1, 1972.



The Yukon plan is administered directly by the Territorial Government with the assistance of a nonprofit health insurance agency acting as an agent in the assessment and processing of claims. The Territorial Government is responsible for the final assessment and approval of claims submitted to the agent.

The plan is a compulsory premium plan but eligibility for coverage depends on residency status rather than on premium payment. Each resident of the territory is an insured person and entitled to benefits, subject to a waiting period of three months in the case of new residents or those who re-establish residence. However, landed immigrants are entitled to benefits immediately on establishing residence in the Yukon if this is done within three months after being admitted to Canada.

The premiums charged by the territorial plan on a yearly basis are as follows:

	Regular Premiums Per Year	No taxable income	Premiums per year when taxable income was — \$500 (single), — \$1,000 (couple), — \$1,300 (family of 3 or more), or less
Single	\$ 78.00	Nil	\$39.00
Family of 2 persons	\$150.00	Nil	\$75.00
Family of 3 or more	\$174.00	Nil	\$87.00

Every resident is required to register himself and his dependents with the plan or to be registered by a person acting on his behalf. The plan makes provision to pay in whole or in part the cost of the premiums for those with limited incomes who qualify for assistance on a yearly basis (April 1 — March 31) based on taxable income for the previous calendar year as shown in the table. Registered residents receive plastic registration cards which are used by participating doctors in the preparation of claims.

The patient has a free choice of physician and each physician may decide not to participate in the plan without his insured patients losing their entitlement to benefits. The maximum level of benefits payable in respect of insured services received outside the territory but elsewhere in Canada is established at the prescribed rate payable for these services by the host province. The benefit payable in respect of insured services received in other jurisdictions is at a level determined by the Administrator of the plan as being fair having regard to the nature of the services rendered but not in excess of the benefit payable for comparable services provided in the Yukon.

The benefit coverage of the territorial plan is limited to the insured services of the national program.

#### **The Northwest Territories Health Care Plan**

The medical care insurance plan for the Northwest Territories is administered by the Health Care Plan, a section of the Department of Social Development. The Director of the Department of Social Development has been designated by the Commissioner of the Northwest Territories as being responsible to him for plan administration.

The plan covers all eligible residents and is funded on a nonpremium basis from general territorial revenues. Insured residents are required to register with the plan and receive a registration card which must be presented when receiving an insured service.

Physicians must choose to participate in the plan for all of their insured patients or to practice completely outside the plan for all their patients. However, patients have free choice of physician and a physician may decide not to participate in the plan without his patients losing

entitlement to benefits. Where insured services are provided outside the Northwest Territories, the benefit payable is in accordance with the tariff established by the medical care plan of the province in which the particular service was rendered; in the case of insured services received in another country, the benefit payable will be in accordance with the benefit payable for a comparable service rendered in the N.W.T.

The benefit coverage of the territorial plan is limited to the insured services of the national program.

### NUMBER OF INSURED PERSONS

The methods for determining the number of insured persons in a province differ, since the method used by a province to finance the provincial share of costs has a direct bearing on the availability of an actual count of insured persons. Thus in some provinces the number of insured persons is estimated from the provincial population as defined in the Medical Care Act and in other cases the number of insured persons is based on a more precise determination.

The Medical Care Act defines "population" to mean the population of the province on the first day of October in that fiscal year as certified by the Chief Statistician of Canada, after excluding members of the Canadian Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. The exclusions amount to some 0.6% of the total population.

### EXCLUSIONS FROM INSURED SERVICES

Insurable residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to Workmen's Compensation are not entitled to benefits under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:—

- Aeronautics Act
- Civilian War Pensions and Allowances Act
- Government Employees Compensation Act
- Merchant Seamen Compensation Act
- National Defence Act
- Pension Act
- Royal Canadian Mounted Police Act
- Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
- Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act
- Veterans Rehabilitation Act and
- Vocational Rehabilitation of Disabled Persons Act.

Table B shows, by province, the estimated average number of insured persons and per capita cost as used for purposes of advance payments and the number of insured persons and per capita cost used to calculate the actual contributions following the end of the fiscal year.

### FORMULA FOR FEDERAL CONTRIBUTIONS

The amount of the federal contributions to the provinces is calculated on the basis of a formula contained in the Medical Care Act. It has been designed in such a way to provide greater federal assistance to those provinces in which the per capita cost of medical care is lower and to provide for an equitable federal contribution to the provinces, having regard to the considerable variation in the per capita costs between the provinces.

The annual federal contribution to each participating province equals fifty percent of the per capita cost for the year of all insured services of the national program which are furnished pursuant to the medical care insurance plans of the participating provinces multiplied by the average for the year of the number of insured persons in the province at the end of each month in the year. The per capita cost for a year of all insured services of the national program is an amount equal to the aggregate of the cost of the insured services of the national program which are incurred by each of the participating provinces divided by the aggregate of the averages for the year of the number of insured persons in each of the participating provinces at the end of each month in the year.

Since the federal contribution is calculated on an annual basis, the Medical Care Act provides for advances on account of contributions, so that the provinces are not required to wait for reimbursement of the amounts which they are required to pay to doctors on a continuing basis. In order to expedite the payment of advances and, at the same time, to forestall the likelihood of a major financial adjustment after the end of each fiscal year, the formula which is used for the calculation of the advance payments provides for a holdback of up to ten percent of the amount due to the province. The formula for the advance payments, therefore, differs from the formula for the annual contribution in that forty-five percent of the estimated national per capita cost is paid to the provinces as advances on account of contributions.

The remaining five percent of the national per capita cost multiplied by the average number of insured persons in a province, plus or minus adjustment to actual costs, is paid to provinces following receipt of final cost reports from all participating provinces signed by their respective provincial authorities and certified by the provincial auditors.

#### **FEDERAL PAYMENTS**

During the year under review, payments to the provinces consisted of the regular monthly advance payments based on the estimates submitted before April 1, 1972 and final payments in respect of fiscal year 1971-72.

#### **FINANCIAL EXPERIENCE**

During the 1972-73 fiscal year, federal payments to provinces and territories under the Medical Care Act totalled \$630,803,026 and consisted of advance payments of \$588,930,000 in respect of 1972-73 costs and two adjustment payments for 1971-72 totalling \$41,873,026.

The advance estimates for fiscal 1972-73 were \$1,309 million and the actual costs were \$1,280 million. Payments based on these actual costs were paid in fiscal years 1972-73 and 1973-74.

Tables C and D show the calculations of the federal contributions for 1972-73 and payments made in that year. Tables E (1) and E (2) show the estimated and actual costs by province for each year they participated in the plan. It will be noted that the total costs as estimated for the five year period were \$3,826 million and the costs as incurred were \$3,746 million.

**ACTUAL VERSUS ESTIMATED ENROLLMENT AND PER CAPITA COST**  
**CHIFFRES RÉELS ET ESTIMATIFS DU NOMBRE D'ASSURÉS ET CÔÛT PAR HABITANT**  
**1972-73**

Province	Estimated No. of Insured Persons (a) Nombre estimatif d'assurés (a)	Actual No. of Insured Persons (b) Nombre réel d'assurés (b)	Estimated per Capita Cost Coût estimatif par habitant	Actual per Capita Cost Coût réel par habitant
Newfoundland – Terre-Neuve	529,000	534,000	32.17	31.99
Prince Edward Island – Île-du-Prince-Édouard	110,000	113,000	40.58	40.67
Nova Scotia – Nouvelle-Écosse	760,000	783,000	46.93	46.21
New Brunswick – Nouveau-Brunswick	628,000	640,000	35.82	37.60
Quebec	6,069,000	6,043,000	55.77	55.98
Ontario	7,768,750	7,827,165	69.65	67.90
Manitoba	1,019,000	1,014,846	57.14	46.48 (c)
Saskatchewan	935,871	917,500	49.43	47.32
Alberta	1,667,000	1,685,000	57.21	55.19
British Columbia – Colombie-Britannique	2,261,000	2,256,000	65.10	63.28
Yukon	18,000	19,000	64.68	38.55
Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest	38,000	37,000	35.67	43.76
Canada	21,803,621	21,869,511	60.02	58.55 (c)

a) Used for calculating advance payments to provinces.

b) Used for calculating actual cost to provinces.

c) Costs of laboratory services in the province of Manitoba were transferred from this program to the Hospital Insurance Program retroactively to 1971-72. The total amount transferred, \$9,103,251, reduced Manitoba's per capita cost from \$55.45 and the national per capita cost from \$58.97.

a) Utilisé pour le calcul des paiements anticipés faits aux provinces.

b) Utilisé pour le calcul du coût réel supporté par les provinces.

c) Les coûts des services de laboratoire rendus dans la province du Manitoba ont été transférés de ce programme au programme d'assurance-hospitalisation, à compter rétroactivement de 1971-72. La somme totale transférée, \$9,103,251, a réduit le coût par capita du Manitoba de \$55.45 et le coût national per capita de \$58.97.



TABLE "C"  
TABLEAU "C"

MEDICAL CARE – SOINS MÉDICAUX  
FEDERAL CONTRIBUTION – CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES  
1972-1973

	Nfld.	T.-N.	P.-É.	Î.-P.-É.	N.S.	N.-É.	N.B.	N.-B.	Qué.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	Alb.	B.C.	C.-B.	Yukon	N.W.T./N.-O.	TOTAL
Net Population (Oct. 1, 1972) Population nette (1 <sup>er</sup> Oct. 1972)	534,000			113,000		783,000	640,000	640,000	6,043,000	7,835,000	986,000	909,000	909,000	1,655,000	2,256,000	19,000		37,000	21,810,000	
Average Number of Insured Persons Nombre moyen d'assurés	534,000			113,000		783,000	640,000	640,000	6,043,000	7,827,165	1,014,846	917,500	917,500	1,685,000	2,256,000	19,000		37,000	21,869,511	
Cost of Insured Services Coût des services assurés	17,083,171			4,595,645		36,179,835	24,060,926	24,060,926	338,298,891	531,455,985	47,166,614	43,418,094	43,418,094	92,989,631	142,763,467	732,435		1,618,955	1,280,363,649	
Per Capita Cost of Insured Services Coût par capita des Services assurés	31.99			40.67		46.21	37.60	37.60	55.98	67.90	46.48	47.32	47.32	55.19	63.28	38.55		43.76	58.55	
50% Nat. Per Capita Cost 50% du coût national per capita																			29.27	
Total Federal Contribution Total des contributions fédérales	15,631,675			3,307,826		22,920,603	18,734,592	18,734,592	176,895,531	229,123,037	29,707,384	26,857,794	26,857,794	49,324,688	66,039,437	556,183		1,083,094	640,181,824	
PAID AS FOLLOWS: PAYÉS COMME SUIT:																				
a) Advances:																				
i) during 1972-73 pendant 1972-73	14,288,400			2,971,200		20,528,400	16,963,200	16,963,200	163,927,200	209,839,200	27,524,400	25,278,000	25,278,000	45,026,400	61,071,600	486,000		1,026,000	588,930,000	
ii) during 1973-74 pendant 1973-74	723,700			179,300		1,272,400	948,000	948,000	7,072,800	9,366,200	1,195,300	963,100	963,100	1,871,300	2,703,700	36,900		36,900	26,369,600	
b) Final payment in 1973-74 Versement final en 1973-74	619,575			157,326		1,119,803	823,392	823,392	5,895,531	9,917,637	987,684	616,694	616,694	2,426,968	2,264,137	33,283		20,194	24,882,224	
Total Federal Contributions Total des contributions fédérales	15,631,675			3,307,826		22,920,603	18,734,592	18,734,592	176,895,531	229,123,037	29,707,384	26,857,794	26,857,794	49,324,668	66,039,437	556,183		1,083,094	640,181,824	

PAID AS FOLLOWS:  
PAYÉES COMME SUIT:

a) Advances: i) during 1972-73 pendant 1972-73	14,288,400	2,971,200	20,528,400	16,963,200	163,927,200	209,839,200	27,524,400	25,278,000	45,026,400	61,071,600	486,000	1,026,000	588,930,000
ii) during 1973-74 pendant 1973-74	723,700	179,300	1,272,400	948,000	7,072,800	9,366,200	1,195,300	963,100	1,871,300	2,703,700	36,900	36,900	26,369,600
b) Final payment in 1973-74 Versement final en 1973-74	619,575	157,326	1,119,803	823,392	5,895,531	9,917,637	987,684	616,694	2,426,968	2,264,137	33,283	20,194	24,882,224
Total Federal Contributions Total des contributions fédérales	15,631,675	3,307,826	22,920,603	18,734,592	176,895,531	229,123,037	29,707,384	26,857,794	49,324,688	66,039,437	556,183	1,083,094	640,181,824

NOTE: The federal contribution is the amount payable to the provinces under the Medical Care Act with respect to cost of insured services rendered by physicians and paid to them by the provinces. The total federal contribution with respect to a particular fiscal year is paid over a period of two fiscal years as follows:

- Monthly advances paid during the year equal to 90% of the estimated federal contribution calculated prior to the commencement of the fiscal year.
- Advance on final payment, paid in the following fiscal year, equal to 50% of the estimated adjustment based on unaudited reports of actual costs from each province.
- Final adjustment payment, paid in the following fiscal year, equal to the difference between the actual contributions as calculated on the basis of audited cost reports from each province and the amount of the advances previously paid.

NOTE: La contribution fédérale est le montant payable aux provinces en vertu de la Loi sur les soins médicaux en ce qui a trait au coût des services assurés rendus par les médecins et qui leur est versé par les provinces. La contribution fédérale totale ayant trait à une année financière est payée sur une période s'étendant sur deux années financières comme suit:

- Des avances mensuelles payées durant l'année équivalent à 90% des estimations de la contribution fédérale calculées avant le commencement de l'année financière.
- Une avance de l'ajustement du paiement final payée durant l'année financière suivante et représentant 50% de l'estimation du coût réel de chaque province en vertu des rapports non vérifiés.
- Paiement de l'ajustement final, versé au cours de l'année financière suivante et égal à la différence entre les contributions réelles telles qu'elles sont calculées selon les rapports vérifiés et les montants payés antérieurement.

TABLE "D"  
TABLEAU "D"

PAYMENTS TO PROVINCES IN 1972-73  
VERSEMENTS AUX PROVINCES EN 1972-73

	Total of Monthly Advance Payment for 1972-73 Total des avances mensuelles en 1972-73	Payment of 50% Estimated Final Adjustment for 1971-72 Versements de 50% de la prévision de redressement final de 1971-72	Payment of Remainder of Final Adjustment for 1971-72 Redressement final de 1971-72	Total Payments in 1972-73 Total des paiements en 1972-73
Newfoundland	14,288,400	431,000	562,266	15,281,666
Prince Edward Island	2,971,200	103,000	132,054	3,206,254
Ile-du-Prince-Édouard	20,528,400	916,000	1,110,071	22,554,471
Nova Scotia - Nouvelle-Écosse				
New Brunswick	16,963,200	684,300	841,593	18,489,093
Nouveau-Brunswick	163,927,200	4,897,000	6,396,931	175,221,131
Quebec	209,839,200	7,774,300	7,361,535	224,975,035
Ontario	27,524,400	1,211,000	1,445,663	30,181,063
Manitoba	25,278,000	617,000	731,745	26,626,745
Saskatchewan	45,026,400	1,081,900	1,895,734	48,004,034
Alberta				
British Columbia	61,071,600	1,546,000	2,092,596	64,710,196
Colombie-Britannique	486,000	—	—	486,000
Yukon				
Northwest Territories	1,026,000	16,000	25,338	1,067,338
Territoires du Nord-Ouest	588,930,000	19,277,500	22,595,526	630,803,026
TOTAL				

Note: Payments in a particular fiscal year are the amounts actually paid to the provinces by the federal government and consist of:

- Advance payments equal to 90% of the estimated contributions calculated prior to the commencement of the fiscal year;
- Advance payments equal to 50% of the estimated final adjustment for previous fiscal year based on unaudited report of actual cost from each province;
- The final adjustment payment with respect to the previous fiscal year equal to the difference between the actual contributions, as calculated on the basis of audited costs, and advances previously paid.

Note: Les paiements effectués dans une année financière particulière sont les montants payés aux provinces par le gouvernement fédéral et consistent en:

- des avances égales à 90% de l'estimation des contributions calculées avant le commencement de l'année financière;
- une avance égale à 50% de l'estimation de l'ajustement du paiement final pour l'année financière antérieure et calculée au moyen des rapports non vérifiés sur le coût réel de chaque province;
- le paiement de l'ajustement final pour l'année financière antérieure égal à la différence entre les contributions réelles telles qu'elles sont calculées selon les rapports vérifiés et les montants versés antérieurement.

TABLE "E(1)"  
TABLEAU "E(1)"

	MEDICAL CARE ACT Cost of Insured Services by Province 1968-69 to 1972-73		LOI SUR LES SOINS MÉDICAUX Coût des services assurés par province de 1968-1969 à 1972-1973			
	1968-1969	1969-1970	1970-1971	1971-1972	1972-1973	TOTAL
Newfoundland Terre-Neuve	—	12,285,800	15,125,895	16,695,000	17,017,000	61,123,695
Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard	—	—	603,075	3,978,335	4,463,800	9,045,210
Nova Scotia Nouvelle-Écosse	—	23,579,100	30,507,258	33,356,774	35,668,000	123,111,132
New Brunswick Nouveau-Brunswick	—	—	1,859,618	25,016,433	22,493,930	49,369,981
Quebec	—	—	81,406,966	336,729,000	338,439,708	756,575,674
Ontario	—	132,455,834	428,687,082	472,148,340	541,075,721	1,574,366,977
Manitoba	—	41,909,747	50,800,000	56,556,730	58,227,000	207,493,477 (a)
Saskatchewan	20,929,879	32,755,008	33,950,034	38,573,360	46,259,000	172,467,281
Alberta	—	44,241,854	80,226,179	89,983,943	95,368,444	309,820,420
British Columbia Colombie-Britannique	52,329,000	105,995,660	117,647,000	135,123,570	147,200,456	558,295,686
Yukon	—	—	—	—	1,164,240	1,164,240
Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest	—	—	—	1,384,000	1,355,326	2,739,326
TOTAL	73,258,879	393,223,003	840,813,107	1,209,545,485	1,308,732,625	3,825,573,099 (a)
(a) In 1972-73, Manitoba transferred certain laboratory costs from the Medical Care Program to the Hospital Insurance Program. The transfer reduced Manitoba's Medical Care costs in 1972-73 by \$9,103,251, of which \$4,420,916 was retro-active to 1971-72. Had Manitoba excluded these costs in all years it is estimated that the costs estimated would have been as follows:						
Manitoba	—	38,489,398	46,761,440	51,928,491	53,465,524	190,644,853
TOTAL	73,258,879	389,802,654	836,774,547	1,204,917,246	1,303,971,149	3,808,724,475

TABLE "E(2)"  
TABLEAU "E(2)"

## MEDICAL CARE ACT

Cost of Insured Services by Provinces  
1968-69 to 1972-73

## Final Costs for Calculating of Final Contributions

	1968-69	1969-70	1970-71	1971-72	1972-73	TOTAL	Costs under (over) estimates Différence en moins (ou en plus) sur les estimations
Newfoundland Terre-Neuve		12,262,217	14,969,628	15,763,046	17,083,171	60,078,062	1,045,633
Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard			606,410	4,294,957	4,595,645	9,497,012	(451,802)
Nova Scotia Nouvelle-Écosse		21,581,606	30,339,834	32,935,739	36,179,835	121,037,014	2,074,118
New Brunswick Nouveau-Brunswick			2,105,138	21,139,685	24,060,926	47,305,749	2,064,232
Quebec			66,877,475	303,441,409	338,298,891	708,617,775	47,957,899
Ontario		124,067,686	441,452,947	479,716,124	531,455,985	1,576,692,742	(2,325,765)
Manitoba		39,423,819	53,040,698	54,957,880	47,166,614	194,589,011	12,904,466 (a)
Saskatchewan	17,877,073	30,788,926	34,571,462	40,025,240	43,418,094	166,680,795	5,786,486
Alberta		41,756,736	82,583,484	86,572,984	92,989,631	303,901,835	5,918,585
British Columbia Colombie-Britannique	50,058,739	106,942,396	121,863,469	132,459,901	142,763,467	554,087,972	4,207,714
Yukon					732,435	732,435	431,805
Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest				1,028,687	1,618,955	2,647,642	91,684
TOTAL	67,935,812	376,823,386	848,409,545	1,172,335,652	1,280,363,649	3,745,868,044	79,705,055 (a)

NOTE: The cost of insured services includes only actual payments made by provincial plans to doctors or their employers with respect to insured services under the Medical Care Act during the particular fiscal year, regardless of when such services were rendered.

NOTE: Le coût des services assurés comprend seulement les paiements versés par les régimes provinciaux aux médecins ou à leurs employeurs pour des services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux, au cours de l'année fiscale en cause, sans égard au moment où ces services ont été rendus.

(a) In 1972-73 Manitoba transferred certain laboratory costs from the Medical Care Program to the Hospital Insurance Program. The transfer reduced Manitoba's Medical Care costs in 1972-73 by \$9,103,251, of which \$4,420,916 was retroactive to 1971-72. Had Manitoba excluded these costs in all years it is estimated that the costs reported would have been as follows:

(a) En 1972-73, le Manitoba a transféré le coût de certains laboratoires du Programme d'assurance médicale au Programme d'assurance-hospitalisation. Ce transfert a réduit les coûts d'assurance médicale du Manitoba en 1972-73 de \$9,103,251, dont \$4,420,916 rétroactivement pour 1971-72. On estime que si le Manitoba avait exclu ces coûts au cours de toutes les années, les coûts figurant aux rapports auraient été les suivants:

	1968-69	1969-70	1970-71	1971-72	1972-73	TOTAL	(Différence en moins (ou en plus) sur les estimations) Costs Under (Over) Estimates
Manitoba		36,166,647	48,704,514	50,536,964	51,587,530	186,995,655	3,649,198
TOTAL	67,935,812	373,566,214	844,071,860	1,167,914,736	1,284,784,565	3,738,274,688	70,449,787



l'année, du nombre de personnes assurées dans la province à la fin de chaque mois de l'année. Le coût par habitant, pour une année, de tous les services assurés par le programme national, supportés par chacune des provinces participantes, divisé par l'ensemble des moyennes, pour l'année, des personnes assurées dans chacune des provinces participantes à la fin de chaque mois de l'année.

Étant donné que la contribution fédérale se calcule sur une base annuelle, la Loi sur les soins médicaux prévoit le paiement d'avances à titre de contributions, de manière que les provinces ne soient pas tenues d'attendre le remboursement des montants qu'elles doivent payer aux médecins sur une base permanente. En vue d'activer le paiement des avances et, en même temps, de prévenir probablement un redressement financier important à la fin de chaque année financière, la formule utilisée pour le calcul des paiements anticipés prévoit une retenue pouvant aller jusqu'à 10 p. 100 sur le montant dû à la province. La formule de calcul des paiements anticipés diffère donc de la formule de calcul de la contribution annuelle du fait que 45% du coût fédéral estimatif par habitant est versé aux provinces, sous la forme d'avances à titre de contributions.

Sur réception des rapports de définitifs des coûts présentés par toutes les provinces participant à l'entente, dûment signés par les autorités provinciales compétentes et certifiés par les vérificateurs provinciaux, on verse aux provinces les derniers 5% du coût national par personne, multipliés par le nombre d'assurés dans la province en cause, après redressement, en plus ou en moins, par rapport au coût réel.

## VERSEMENTS FÉDÉRAUX

Au cours de l'année du rapport, les versements effectués aux provinces comportaient les avances mensuelles régulières fondées sur les estimations présentées avant le 1<sup>er</sup> avril 1972 et les versements définitifs relatifs à l'année financière 1971-72.

## PRATIQUE FINANCIÈRE

Au cours de l'année financière 1972-73, le gouvernement fédéral a versé aux provinces et aux territoires, en vertu de la Loi sur les soins médicaux, la somme globale de \$630,803,026, dont \$588,930,000 représentent les avances et \$41,873,026 le total de deux versements de régularisation pour l'année financière 1971-72.

Les prévisions d'avances étaient pour l'année financière 1972-73 de 1,309 millions de dollars et les coûts réels ont été de 1,280 millions de dollars. Les versements calculés sur ces coûts réels ont été effectués au cours des années financières 1972-73 et 1973-74.

Les Tableaux C et D indiquent le calcul des contributions fédérales et les versements effectués durant l'année financière 1972-73. Les Tableaux E (1) et E (2) donnent les coûts estimatifs et réels par province, pour chaque année où elles ont participé au régime. On observera que les coûts totaux estimés pour la période de cinq ans, ont été de 3,826 millions de dollars, et que les coûts supportés ont été de 3,746 millions de dollars.

droit aux prestations. Lorsque des services assurés sont fournis à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest, les prestations payables sont conformes au tarif établi par le régime d'assurance-maladie de la province dans laquelle le service a été rendu; dans le cas de services assurés rendus dans un autre pays, les prestations payables seront conformes aux prestations payables pour un service semblable dans les T.N.-O.

La garantie du régime des Territoires se limite aux services assurés en vertu du programme national.

## NOMBRE D'ASSURÉS

Les méthodes de dénombrement des assurés d'une province ne sont pas uniformes du fait que les modalités de financement de la participation ont une répercussion sur le calcul du nombre des assurés. C'est ainsi que, dans certaines provinces, l'estimation de ce nombre se fonde sur la notion de "population de la province", telle que la définit la Loi sur les soins médicaux, alors qu'en d'autres cas ce sont des critères plus précis qui servent à déterminer le nombre d'assurés.

La Loi sur les soins médicaux définit le mot "population" comme étant la population de la province au premier jour d'octobre de l'année financière en cause, telle que l'atteste le directeur du Bureau de la statistique du Canada, à l'exclusion des membres des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes détenues dans les pénitenciers, aux termes de la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente environ 0,6 p. 100 de la population globale.

## PERSONNES NON ADMISSIBLES AU RÉGIME

Les résidents assurables d'une province participante qui sont admissibles et ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien, ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidentés du travail, ne sont pas admissibles aux prestations en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus des prestations prévues par la Loi sur les soins médicaux dont il s'agit sont les suivantes:

- Loi autorisant le contrôle de l'aéronautique;
- Loi concernant les pensions et allocations de guerre destinées à des civils;
- Loi sur l'indemnisation des employés de l'État;
- Loi concernant l'indemnisation des marins marchands;
- Loi concernant la défense nationale;
- Loi sur les pensions;
- Loi concernant la Gendarmerie royale du Canada;
- Loi sur la contribution des pensions de la Gendarmerie royale du Canada;
- Loi établissant la pension de retraite des membres de la Gendarmerie royale du Canada;
- Loi établissant des allocations de réadaptation pour les anciens combattants; et
- Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides.

Le Tableau B indique, par province, le nombre moyen estimatif d'assurés et le coût par habitant utilisé aux fins de paiement par anticipation ainsi que le nombre d'assurés et le coût par habitant utilisé pour calculer les contributions réelles à la fin de l'année financière.

## FORMULE DE CALCUL DES CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES

Le montant des contributions fédérales aux provinces est calculé d'après une formule prévue par la Loi sur les soins médicaux. Cette formule a été établie de façon à fournir une aide fédérale plus importante aux provinces dans lesquelles le coût des soins médicaux par habitant est moins élevé et en vue d'allouer une contribution fédérale équitable aux provinces, en regard à la grande variation du coût par habitant dans les provinces.

La contribution fédérale annuelle versée à chaque province participante est égale à 50 p. 100 du coût par habitant, pour l'année, de tous les services assurés par le programme national en vertu des régimes d'assurance-maladie des provinces participantes, multipliés par la moyenne, pour

Le Yukon Health Care Insurance Plan a été mis en vigueur le 1er avril 1972.

Le régime du Yukon est administré directement par le gouvernement du Territoire en collaboration avec un organisme d'assurance-maladie à but non lucratif, agissant à titre d'agent d'évaluation et de règlement des réclamations. Le gouvernement du Territoire est responsable de

Le régime du Yukon est obligatoire et comporte un versement de primes, mais l'admissibilité aux prestations dépend des conditions de résidence plutôt que du paiement des primes. Tous les résidents du Territoire sont assurés et ont droit aux prestations, sous réserve d'une attente de trois mois dans le cas de nouveaux résidents ou de résidents qui viennent se réinstaller dans le Territoire. Toutefois, les immigrants ont droit aux prestations dès qu'ils ont élu domicile au Yukon si l'installation se fait dans les trois mois qui suivent leur entrée au Canada.

Les primes que fait verser le régime du territoire sont, par année, les suivantes:

Célibataire	\$ 78.00	Néant	Aucun revenu imposable	Primes annuelles lorsque le revenu im- posable a été au maximum de \$500 (célibataire), \$1000 (couple), \$1300 (famille de 3 personnes ou plus)
Famille de 2 personnes	\$150.00	Néant		\$75.00
Famille de 3 personnes ou plus	\$174.00	Néant		\$87.00

Tous les résidents doivent s'inscrire au régime et y inscrire les personnes qui sont à leur charge, ou s'y faire inscrire par une personne agissant en leur nom. Le régime a établi une disposition selon laquelle il paie en totalité ou en partie le coût des primes des personnes à revenu limité qui remplissent les conditions nécessaires selon une base annuelle (1er avril au 31 mars) se fondant sur le revenu imposable de l'année civile précédente, qui figure sur le tableau. Les résidents inscrits reçoivent une carte d'inscription en plastique qui sera utilisée par les médecins participants lors des réclamations.

Le malade est libre de choisir son médecin, et ce dernier peut décider de se retirer du régime sans que ses malades assurés perdent leur droit aux prestations. Le montant maximum de prestations payable à l'égard des services assurés rendus à l'extérieur du Territoire, mais au Canada, est établi au taux fixé pour ces services dans la province concernée. Les prestations payables à l'égard des services assurés rendus dans une autre juridiction, seront d'un taux fixé par l'administrateur du régime comme étant juste, compte tenu de la nature des services rendus, mais elles ne devront pas dépasser les prestations payables pour des services semblables fournis dans le Yukon.

La garantie du régime du Yukon se limite aux services assurés par le programme national.

Le Northwest Territories Health Care Plan

Le Régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest est administré par le *Health Care Plan*, qui est un service du *Department of Social Development*. Le Directeur du *Department of Social Development* a été chargé par le Commissaire des Territoires du Nord-Ouest d'administrer le régime.

Le régime assure tous les résidents admissibles et est financé par les recettes générales des Territoires sans que les résidents n'aient à payer de primes. Les assurés sont tenus de s'inscrire au régime et reçoivent une carte d'inscription qu'ils doivent présenter lorsqu'ils bénéficient d'un service assuré.

Les médecins sont tenus d'exercer leur profession dans le cadre du régime pour tous les malades assurés ou de s'en retirer entièrement pour tous les malades. Toutefois, les malades sont libres de choisir leur médecin, et ce dernier peut se retirer du régime sans que le malade ne perde

dispensés à l'extérieur du Canada mais que la Commission considère qu'il est possible d'en disposer au Canada. Les services assurés reçus à l'extérieur du Canada et dont la Commission considère qu'il n'est pas possible d'en disposer au Canada peuvent, avec une approbation préalable, être remboursés à tels taux que la Commission peut décider. Les prestations payables à raison des services assurés reçus à l'extérieur de la province le sont au niveau qui serait payable pour des services analogues reçus dans l'Île-du-Prince-Édouard.

La garantie du régime provincial est limitée aux services assurés du programme national.

#### Le Régime d'assurance-maladie de Terre-Neuve

La *Medical Care Commission* est responsable devant le ministre provincial de la Santé de l'administration du *Medical Care Plan (MCP)* de Terre-Neuve, qui réunit les anciens *Children's Health Service* et *Cottage Hospital Medical Care Plan*. Il s'agit d'un régime où les assurés ne versent pas de primes; il est financé par les recettes provinciales et assure tous les résidents admissibles de la province qui, toutefois, doivent s'inscrire avant que leurs réclamations ne puissent être acceptées. Aucune disposition spéciale n'est donc nécessaire pour les personnes à revenu limité. Les nouveaux résidents qui viennent d'une autre province ou d'un territoire participant, doivent attendre jusqu'à 3 mois avant d'être admissibles aux prestations, mais s'ils viennent de l'extérieur du pays, ils sont admissibles dès leur arrivée. Toutes les personnes assurées reçoivent une carte d'identité qu'ils doivent présenter au médecin lorsqu'ils désirent obtenir des soins médicaux.

Le malade est libre de choisir son médecin et ce dernier est libre de choisir ses malades. Les médecins doivent décider s'ils veulent participer au régime en ce qui concerne la totalité de leurs malades assurés de médecins qui ont choisi de se retirer du régime ne perdent toutefois pas leur droit aux prestations assurées. Les médecins qui ont choisi de se retirer du régime sont tenus d'informer, avant le traitement, leurs malades de leur statut et de leurs intentions quant à leurs honoraires dépassant le barème des prestations que verse le MCP. Les médecins qui ont choisi de se retirer du régime présentent toutefois, au nom de leurs malades assurés, des comptes au MCP qui, à son tour, fournit tous les mois à ces médecins un état des remises sur lequel figurent les prestations versées à leurs malades. Les médecins conventionnés acceptent le paiement du régime comme paiement intégral, mais un spécialiste conventionné peut, sous réserve de conditions analogues à celles qui s'appliquent aux médecins ayant choisi de se retirer du régime, faire payer à un malade venu le voir directement la différence éventuelle entre le paiement du régime et ce qu'il aurait autrement reçu pour ses services si le malade lui avait été adressé par un autre médecin.

Avant le 1<sup>er</sup> juillet 1972, les prestations payables à l'extérieur de la province étaient limitées au taux s'appliquant à des services analogues dispensés à Terre-Neuve. Une modification des règlements a, par la suite, permis au MCP de payer des services assurés qu'ont reçus des bénéficiaires, alors qu'ils se trouvaient dans une autre province, conformément au barème des prestations du régime d'assurance-maladie de la province où les services ont été dispensés. Cette modification des règlements permet maintenant au MCP, par ailleurs, de payer à raison de services assurés reçus à l'extérieur du pays à un taux que la Commission considère comme équitable eu égard aux services dispensés.

Avant la fin de l'année financière, le ministre de la Santé de la province a annoncé que le système de pourcentage des comptes de tous les médecins dépassant des limites brutes déterminées, système introduit en 1971, avait été abandonné et qu'une méthode de pourcentage sélectif avait été instituée pour le remplacer, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 1973. Le pourcentage sélectif sera imposé à titre de sanction lorsqu'un comité d'examen de la profession constatera que le nombre des services assurés que dispense un médecin déterminé dépasse le nombre de ces services considéré comme normal et fera une proposition en ce sens à la Commission.

La garantie du régime provincial se limite aux services assurés par le programme national, à savoir assurance complète de tous les soins nécessaires du point de vue médical qui sont donnés par des médecins et certains soins de chirurgie dentaire dispensés par des chirurgiens dentistes dans un hôpital.



Le *Medical Services Insurance* est un régime sans prime qui assure tous les résidents admissibles et qui est financé par les recettes générales de la province. Tous les résidents doivent être inscrits au régime provincial, mais l'admissibilité aux prestations ne dépend pas de l'inscription préalable puisqu'une clause a été établie selon laquelle les résidents qui ne sont pas inscrits peuvent, s'ils sont de bonne foi, s'inscrire rétroactivement dès réception de réclamations pour services rendus. Aucune disposition spéciale n'est donc nécessaire pour l'assurance des personnes à revenu limité. Pour avoir droit au service assuré, le résident admissible doit avoir habité la province pendant une période d'attente minimale, durant jusqu'au premier jour du troisième mois qui suit l'établissement de la résidence dans la province, et précédant immédiatement la réception des services assurés. Cette période d'attente a été instituée au moyen d'une modification des règlements qui a pris effet le 1<sup>er</sup> juillet 1972. La période d'attente était précédemment, pour les nouveaux résidents de 3 mois. De même, depuis cette date, les nouveaux résidents qui viennent de l'extérieur du Canada peuvent bénéficier de la garantie à compter du jour de l'établissement de leur résidence dans la province.

Le malade est libre de choisir son médecin, et ce dernier peut exercer sa profession en dehors du régime, sans que ses clients perdent leur droit aux prestations. Un médecin non participant n'a pas le droit de demander de paiement à un résident assuré pour services assurés, à moins qu'il n'ait informé le résident à l'avance qu'il ne participe pas au régime. Un médecin peut demander à un résident assuré des honoraires dépassant les taux établis par la Commission, à la condition qu'il avise le résident concerné suffisamment à l'avance de son intention et que le résident ou toute autre personne agissant en son nom, consente par écrit à assumer les frais supplémentaires. Le médecin doit indiquer le montant des honoraires à la Commission.

Les services assurés en vertu du *Medical Services Insurance* en Nouvelle-Ecosse sont ceux du programme national.

## The Prince Edward Island Health Services Payment Plan

Le *Health Services Payment Plan* relève du ministère provincial de la Santé et est administré par la *Health Services Commission* de l'Île-du-Prince-Édouard.

Il s'agit d'un régime où les assurés ne versent pas de primes et qui est financé par les revenus généraux de la province. Tous les résidents admissibles sont assurés par le régime et, pour avoir droit au service assuré, il suffit de demeurer dans la province et d'être inscrit à la Commission.

Tous les bénéficiaires sont tenus de s'inscrire auprès de la Commission et d'avoir un numéro d'assurance sociale. Les chefs de famille et les célibataires qui se sont inscrits reçoivent un certificat d'inscription au régime. Le droit aux prestations dépend de l'inscription. Les immigrants reçus et certaines autres catégories de nouveaux résidents qui fixent leur résidence dans la province ont droit aux prestations, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1972, à compter de la date de l'établissement de leur résidence, à condition qu'ils remplissent les conditions pour pouvoir être inscrits. Dans le cas de nouveaux résidents venant d'autres provinces, la période d'attente avant d'avoir droit aux garanties a été ramenée, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1972, de trois mois à deux mois civils entiers et consécutifs à partir de la date d'établissement de la résidence dans la province.

Le malade est libre de choisir son médecin, et ce dernier peut exercer sa profession en dehors du régime, sans que ses clients perdent leur droit aux prestations. Lorsqu'un médecin dispense des soins médicaux de base à un ayant droit, il peut demander des honoraires dépassant les taux établis par la Commission, mais n'excédant pas ceux qui sont fixés par l'association provinciale des médecins, pourvu qu'il en avise d'abord le malade, qu'il obtienne son consentement écrit et qu'il indique le montant des honoraires à la Commission. Le médecin non conventionné avertira l'assuré qu'il percevra ses honoraires directement sans s'adresser au régime.

Une modification apportée le 14 juin 1972 aux règlements, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> août 1971, a accordé à la Commission une latitude plus grande dans la détermination du paiement qu'il convient d'effectuer pour des services qu'ont reçus à l'extérieur de la province des résidents assurés, selon qu'il est ou non possible d'obtenir ces services au Canada et selon qu'une approbation préalable a été ou non obtenue, dans des cas où il n'y a pas d'urgence. Les services assurés dans une autre province sont remboursés au taux prévu par le régime d'assurance-maladie de cette province, dans les cas de maladie soudaine, d'accident ou pour les cas dirigés approuvés par la Commission, ou à un tarif que fixe la Commission lorsque les services sont

une carte spéciale d'admissibilité et un registre des médicaments sur lequel peuvent être inscrits les médicaments fournis. Le gouvernement fédéral contribue au paiement des médicaments par l'intermédiaire de la Loi sur les programmes établis (Arrangements provisoires), qui s'applique, dans la mesure où le Québec est en cause, au Régime d'assistance publique du Canada.

### Le Régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick

Le régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick est officiellement connu sous le nom de "Medicare". Le régime est financé par les revenus généraux de la province et est administré par la *Medicare Division* du ministère provincial de la Santé. Il relève du ministre de la Santé.

*Medicare* est un régime sans prime offert à tous les résidents admissibles qui ont résidé dans la province pendant une période d'attente ayant duré au minimum jusqu'au premier jour du troisième mois qui suit l'établissement de leur résidence. Avant le 1<sup>er</sup> juillet 1972, la période d'attente était pour les nouveaux résidents de trois mois au minimum. Depuis cette date, les immigrants reçus et certaines autres catégories de nouveaux résidents peuvent obtenir une garantie immédiate à compter de la date de leur arrivée dans la province, s'ils s'inscrivent au régime dans les 30 jours de l'établissement de leur résidence. La même garantie est prévue pendant les périodes d'absence temporaire et, si l'on cesse d'être résident de la province, jusqu'au premier jour du troisième mois qui suit l'arrivée dans une nouvelle résidence en un autre lieu du Canada. Aucune disposition spéciale n'est nécessaire pour la garantie des résidents à faible revenu.

Les résidents assurés peuvent s'inscrire à la *Medicare Division* et recevoir une carte d'identité d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie qui doit être présentée au professionnel intéressé lorsqu'on reçoit un service assuré.

Les malades sont libres de choisir leur médecin, et ce dernier peut décider de ne pas participer au régime sans que ses clients perdent leur droit aux prestations. Cependant, il doit informer ses clients qu'il n'adhère pas au régime, avant de dispenser des soins assurés. Un praticien participant peut aussi présenter sa note d'honoraires, dans tous les cas, soit au régime d'assurance-maladie, soit au client, pourvu qu'il avise celui-ci à l'avance de son intention. Le montant des honoraires demandés à un malade par un médecin, qu'il participe au régime ou non, doit être communiqué à la Division de l'assurance-maladie du ministère de la Santé. Le médecin conventionné qui perçoit ses honoraires directement accepte la rétribution versée par le régime comme rémunération unique. Le seul spécialiste autorisé à demander des honoraires de *Medicare* et du malade est le spécialiste en obstétrique, dans le cas de soins obstétricaux réguliers qui n'ont pas été donnés par suite de référence; il est autorisé dans ce cas à réclamer des honoraires jusqu'à concurrence d'un certain maximum.

Un Comité d'examen des professionnels, composé de cinq membres que nomme le ministre de la Santé parmi des candidats que lui présente la *Société Médicale* du Nouveau-Brunswick a été créé en janvier 1973 pour procéder à des examens et faire des propositions sur les modes de présentation des notes d'honoraires des médecins et sur telles autres matières que le Ministre peut leur enlever.

La garantie de *Medicare* est limitée à tous les soins médicaux et dentaires assurés du programme national.

### Le Régime d'assurance-maladie de la Nouvelle-Ecosse

Le Régime d'assurance-maladie de la Nouvelle-Ecosse, dit *Medical Services Insurance (MSI)* est administré par un organisme public mixte composé de la *Medical Care Insurance Commission* et du *Maritime Medical Care Incorporated*, et relève du ministre de la Santé publique. Le *Maritime Medical Care Incorporated* est un organisme de paiement préalable subventionné par les médecins et est autorisé à servir d'agent financier et administratif de l'organisme public, sur une base non lucrative; il s'occupe de l'inscription des résidents assurés et du paiement des réclamations pour services rendus au niveau autorisé par le régime. La Corporation est toutefois autorisée à poursuivre ou à étendre la garantie de services qui ne sont pas assurés en vertu du régime provincial.

La législation de la province a adopté une loi tendant à regrouper le *Medical Care Insurance Act* et le *Hospital Insurance Act*, et à créer une commission nouvelle, la *Health Services and Insurance Commission*, qui prendra en charge toutes les fonctions des actuelles *Medical Care Insurance Commission* et *Hospital Insurance Commission*.

Un résidant assuré a droit au remboursement du coût des services assurés qui lui ont été fournis hors du Québec, pourvu qu'il présente à la Régie les reçus d'honoraires qu'il a payés ou les relevés de compte pour ces services. Le remboursement ne peut dépasser celui qui est prévu par la Régie pour les mêmes services assurés dispensés au Québec.

Il est également prévu que tout professionnel de la santé qui pratique à l'extérieur du Québec peut pratiquer sous le Régime d'assurance-maladie du Québec, à titre de "conventionné volontaire", sans être tenu d'appartenir à l'organisme professionnel correspondant de cette province. Ces conventionnés volontaires pratiquent pour la plupart dans des localités se trouvant à la limite du Québec, et ils conviennent de se plier à la procédure de présentation des réclamations et d'accepter le paiement des indemnités du régime dans les mêmes conditions que les professionnels.

(3) Les professionnels non conventionnels qui exercent leur profession en dehors du régime, tenus d'aviser, par écrit et à l'avance, les résidents ayant recours à leurs services, sauf dans les cas d'urgence, qu'ils devront assumer entièrement le coût des soins. Le résident qui reçoit un service normalement assuré, d'un spécialiste non conventionnel, prend à sa seule charge les honoraires exigés, sauf dans les cas d'urgence, où le professionnel est

(1) Les professionnels qui pratiquent en vertu d'une convention passée entre un organisme professionnel et le ministère des Affaires sociales. Leurs malades ne reçoivent aucun relèvement pour les services assurés reçus et le professionnel qui dispense ces services reçoit ses honoraires directement de la Régie selon le tarif fixé par l'entente.



dispositions précises ont été incorporées dans le nouveau régime en vertu desquelles les résidents bénéficiant d'assistance sociale de la part des municipalités et d'autres résidents considérés comme indigents seront inscrits au régime. Les résidents de l'Ontario qui sont âgés de 65 ans ou plus et qui ont résidé habituellement dans la province au cours des 12 mois précédents sont admis à la garantie de l'OHIP exempte de primes pour eux-mêmes et pour tous autres membres de leur famille.

Les malades et les médecins ont la liberté de choix. Un médecin peut choisir de se retirer du régime sans que ses malades perdent leur droit aux prestations. Si un médecin présente sa note d'honoraires directement au régime pour le compte de ses malades, il doit accepter le paiement du régime au titre de ses services comme paiement intégral. Si un médecin s'est retiré et qu'il a l'intention de demander au malade des honoraires plus élevés que ne le permet le barème des honoraires de l'association médicale provinciale, il doit informer le malade du montant exact des honoraires excédant le barème. Les médecins qui se sont retirés du régime peuvent néanmoins présenter leur note d'honoraires directement au régime dans certains cas précis, comme celui où ils dispensent des soins d'une nécessité urgente à un malade assuré avec lequel ils n'avaient eu auparavant aucune relation d'ordre professionnel.

Tous les laboratoires médicaux sont maintenant tenus d'être titulaires d'une licence et sont soumis à un contrôle et à une surveillance accrues, à la suite de l'adoption de modifications au *Public Health Act* et de la promulgation de règlements détaillés, entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 1972.

Outre les services assurés des programmes nationaux d'assurance-hospitalisation et de services de diagnostic d'une part, et des soins médicaux d'autre part, l'OHIP assure les prestations complémentaires suivantes. La garantie du régime fusionné a été élargie, à compter du 1<sup>er</sup> avril 1972, et comprend maintenant les soins dans les maisons de santé et les foyers pour personnes âgées lorsqu'un service de soins aux malades et une surveillance médicale sont nécessaires, moyennant le paiement de \$3,50 par jour, le régime payant le reste des frais quotidiens approuvés de la maison pour les services médicaux nécessaires dans une salle normale. Seules les personnes qui ont résidé habituellement en Ontario au cours des douze mois précédant la demande peuvent normalement bénéficier de ce service supplémentaire. Cette condition ne s'applique pas aux personnes recevant des prestations en vertu des lois dites *The General Welfare Assistance Act* ou *The Family Benefits Act*.

La garantie du régime de l'Ontario comprend également certains services optométriques et la couverture des soins chiropractiques, ostéopathiques et podologiques sur une base limitée, de même que d'autres services non hospitaliers relativement aux frais de physiothérapie et des services d'ambulance. Les soins et les autres prestations supplémentaires ne font pas partie du programme à frais partagés du gouvernement fédéral.

### Le régime d'assurance-maladie du Québec

La Régie de l'assurance-maladie, organisme du gouvernement provincial, est responsable devant le ministre des Affaires sociales de l'administration du régime provincial d'assurance-maladie.

Le régime assure tous les résidents admissibles de la province. Il n'y a pas de prime et le régime est financé par un impôt provincial supplémentaire sur le revenu et des contributions spéciales des employeurs. Les fonds sont collectés par le ministère provincial du Revenu et remis à la Régie.

L'impôt provincial supplémentaire sur le revenu représente une contribution de 0,8% du revenu net des personnes mariées et des célibataires dont le revenu net excède \$5,000 et \$2,500 respectivement. Avant 1973, l'impôt supplémentaire était appliqué aux revenus nets dépassant respectivement \$4,000 et \$2,000. La contribution annuelle maximale est de \$125 pour les contribuables dont le salaire constitue au moins les trois quarts du revenu, et de \$200 dans les autres cas. Les employeurs doivent contribuer 0,8% des salaires qu'ils payent.

Tous les résidents admissibles aux services assurés doivent s'inscrire à la Régie. Cette dernière leur délivre une carte d'inscription en plastique à présenter au professionnel consulté lorsque l'assuré requiert des services assurés au Québec. Tout professionnel de la santé légalement autorisé à dispenser des services assurés au Québec est aussi tenu de s'inscrire à la Régie.



ses honoraires doivent être payés directement et non par l'intermédiaire du régime. Les pouvoirs d'exécution du *Medical Review Committee*, créé précédemment en vue d'examiner les pratiques médicales anormales, ont été élargis à la suite de modifications législatives entrées en vigueur le 11 juillet 1972.

Les prestations à l'extérieur de la province doivent être normalement payées à un taux qui ne dépasse pas celui de services analogues fournis au Manitoba, mais les modifications législatives du 11 juillet 1972 donnent maintenant à la Commission la possibilité de payer, sous réserve des règlements, à des taux plus élevés pour des soins nécessaires fournis à l'extérieur de la province.

Un assuré qui quitte le Manitoba doit obtenir de la Commission un certificat pour l'extérieur de la province, attestant que son assurance est valable pour un minimum de trois mois, à partir de son arrivée à son nouveau domicile.

Les services couverts par le régime provincial comprennent tous les services médicaux et certains soins dentaires prévus dans le programme national (et les services hospitaliers) de même que certains services d'optométrie et de chiropraxie, dont le gouvernement fédéral ne partage pas le coût. Les prestations complémentaires du régime provincial couvrent, depuis le 13 mai 1971, les membres artificiels et les services relatifs à ceux-ci, de même que, avec l'approbation préalable de la Commission, les appareils orthopédiques des membres et de la colonne vertébrale, lorsqu'un praticien de la médecine les a prescrits.

## Le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (OHIP)

Ce régime résulte de la fusion des activités d'assurance de l'*Ontario Hospital Services Commission* et de l'*Ontario Health Services Insurance Plan*, fusion qui est entrée en vigueur le 1er avril 1972. Cette fusion a été entreprise sous l'autorité d'une loi transitoire. L'unification des législations de la province, relatives à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance-maladie, a été réalisée au moyen du *Health Insurance Act* de 1972, qui a reçu la sanction le 21 juin 1972, avec effet rétroactif à compter du 1er avril 1972. L'OHIP est une division du ministère de la Santé et le ministre de la Santé continue de représenter l'organisme public responsable.

Le régime, qui exige normalement le paiement de primes de la part des résidents assurés ou pour leur compte, est un régime semi-facultatif, en ce sens qu'il est obligatoire dans le cas de groupes d'employés composés de 15 personnes ou plus, résidant en Ontario. La création volontaire d'un groupe à participation obligatoire est prévue dans le cas de 6 à 14 employés, et un organisme comprenant quinze personnes ou plus peut demander de devenir un groupe de perception ou d'être désigné comme tel par le régime. Huit bureaux de district, créés à Windsor, London, Hamilton, Toronto, Kingston, Ottawa, Sudbury et Thunder Bay, reçoivent les inscriptions et donnent suite aux réclamations.

Les primes du régime fusionné doivent normalement être payées trois mois à l'avance, et la garantie est sujette à une période d'attente comparable pour tous les résidents, sauf certains cas précis, comme les immigrants reçus qui peuvent faire une demande de garantie dans les trois mois de leur arrivée sans avoir à respecter une période d'attente. Sur une base annuelle, les taux des primes de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation sont les suivants :

Taux annuel des primes lorsque le revenu imposable est inférieur à \$1,000 (célibataires) et à \$2,000 (couples et familles)	Célibataire		Couple et famille	
	Primes régulières par année	Néant	Primes régulières par année	Néant
	\$132.00	Néant	\$264.00	Néant
	Aucun revenu imposable			
		\$ 66.00		\$132.00

Le régime prévoit une exemption totale ou partielle du paiement des primes en ce qui concerne les personnes, figurant au tableau, dont les revenus sont limités, l'admissibilité étant déterminée au moyen de l'appréciation du revenu imposable de l'année en cours. Les assistés sociaux sont automatiquement admissibles à l'exemption totale de primes, et toute personne assurée qui est incapable de continuer à verser les primes en raison de chômage, de maladie, d'incapacité ou de difficultés financières bénéficie de l'exemption temporaire de ses primes. Des

Le malade est libre de choisir son médecin, et celui-ci peut se retirer du régime, sans que le malade perde son droit aux prestations. Les prestations payables pour des services assurés, reçus à l'extérieur de la province, sont normalement limitées aux prestations payables pour des services comparables, rendus en Saskatchewan. Le coût des services médicaux dont il n'est pas possible de disposer en Saskatchewan, mais qui sont fournis dans une autre province, est toutefois payé en entier.

Le médecin est libre, en Saskatchewan, d'adresser directement sa note d'honoraires au régime, de l'envoyer indirectement au régime par le biais d'un des deux organismes de santé approuvés ou la remettre directement au malade. Si le médecin choisit l'une des deux premières possibilités, il doit accepter le montant versé par le régime comme paiement total. Les organismes de santé approuvés n'agissent en général comme "Bureau de poste" dans le règlement des réclamations que lorsque le médecin est affilié à l'organisme et que le malade est membre de celui-ci, mais il y a des exceptions, comme dans le cas des assistés sociaux et des membres de l'organisme qui ont reçu des services à l'extérieur de la province. Les organismes de santé approuvés sont autorisés à assurer à leurs membres la garantie d'une certaine gamme de prestations supplémentaires.

A la suite des modifications législatives intervenues en 1972, la Commission est autorisée à conclure, avec des corporations sans but lucratif, des accords aux termes desquels le paiement est effectué à l'organisme en une somme globale convenue et non en fonction des honoraires dus pour chaque service. L'organisme prenant la responsabilité de payer les médecins et autres professionnels de la santé ayant passé un contrat avec lui.

Le régime provincial comprend des prestations pour les services d'optométriste de même qu'une assurance pour les services d'orthodontiste rendus par un dentiste pour le traitement d'un palais fendu et, depuis le 1<sup>er</sup> février 1973, la garantie des services de chiropractie. Cette dernière prestation est unique, en ce sens qu'elle est la seule de son genre que fournit au Canada un régime public d'assurance-maladie et qui n'impose pas de limite au nombre des services nécessaires ni au prix de ces services, que peut recevoir un particulier ou une famille. Le gouvernement fédéral ne contribue pas au coût de ces prestations supplémentaires.

## Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba a été créé par la fusion des anciens *Manitoba Health Plan* et *Manitoba Hospital Services Plan*, en un seul organisme public, la *Manitoba Health Services Commission*. La Commission est responsable devant le ministre provincial de la Santé et du Développement social pour l'administration du régime provincial.

Le régime du Manitoba est un régime obligatoire qui est financé par les recettes générales de la province, et les primes d'assurance médicale et d'assurance-hospitalisation sont perçues par la Commission en vertu d'un arrangement portant sur une facturation combinée. Les primes d'assurance médicale ont été établies au taux fictif de:

Célibataire	\$6.60 par année
Famille	\$13.20 par année

Les assistés sociaux ainsi que les autres personnes appartenant à des catégories analogues sont exemptés du paiement des primes. Aucune subvention intermédiaire n'est versée à l'égard des primes. Il a été annoncé, avant la fin de l'année financière, que les résidents âgés de 65 ans ou plus seraient exonérés du paiement de la prime à partir du 1<sup>er</sup> avril 1973.

L'admissibilité aux services assurés ne dépend pas du paiement de la prime; chaque résident est assuré, dans les trois mois qui suivent son arrivée au Manitoba si ce nouveau résident vient d'une autre province ou d'un autre territoire participants, et dès son arrivée s'il demeurait antérieurement à l'extérieur du Canada.

Les malades sont libres de choisir leur médecin, et ce dernier peut se retirer du régime, sans que les malades ne perdent leur droit aux prestations. Les médecins participants acceptent le montant versé par le régime comme paiement total pour les services qu'ils ont rendus et ils n'ont pas le droit de demander aux résidents assurés des honoraires supérieurs aux prestations payables en vertu du régime. Un médecin non participant doit informer l'assuré suffisamment à l'avance que

(assurance de base et facultative) et le taux des services analogues rendus en Alberta, sur demande à la Commission et en conformité avec certaines stipulations telles que l'approbation préalable (s'il y a lieu), les cas d'urgence, les services non disponibles en Alberta ou des charges financières excessives.

Si un résident inscrit est temporairement absent de l'Alberta et a besoin de services assurés, les prestations peuvent être retenues jusqu'à ce que toutes primes arriérées correspondantes aient été acquittées. Cette disposition a pris effet le 22 novembre 1972.

Un résident de l'Alberta qui quitte cette province pour établir définitivement sa résidence ailleurs est tenu d'obtenir un certificat de continuation de garantie pour pouvoir être assuré de recevoir des prestations postérieurement à son départ, jusqu'à ce qu'il puisse bénéficier du régime de la province de sa nouvelle résidence, lorsqu'il y a lieu. Cette exigence a pris effet le 1<sup>er</sup> octobre 1972. Le certificat doit être demandé avant que l'intéressé ne quitte l'Alberta ou dans le mois qui suit, et il n'est délivré que si le demandeur n'a pas de retard dans ses paiements.

Les services supplémentaires, dont le gouvernement fédéral ne partage pas le coût, comprennent certains soins dentaires dispensés en cabinet dentaire privé et, sur une base limitée, les services d'optométriste, de chiropraxie, de podiatre et d'ostéopathe ainsi que certaines prothèses podiatriques. La Commission offre également aux résidents inscrits qui ont payé leur prime et qui ne peuvent obtenir une assurance de groupe de la Croix-Blanche, un contrat facultatif de services médicaux (frais d'hospitalisation supplémentaires pour chambre spéciale, services d'ambulance, médicaments délivrés sur ordonnance, prothèses, soins infirmiers à domicile, services d'un spécialiste de la médecine naturelle, service de psychologie clinique et soins dentaires à la suite d'un accident ou d'une blessure) payés par l'État à raison de \$2.00 par mois (célibataire) et de \$4.00 (famille de deux personnes ou plus). L'assurance facultative est aussi offerte, à ceux qui ont un revenu limité, à des taux réduits. Les résidents de 65 ans ou plus ont droit à cette assurance sans paiement de prime, de la même façon qu'ils ont droit à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation de base.

## Le Régime d'assurance-maladie de la Saskatchewan

L'organisme public chargé de l'administration du régime en Saskatchewan comprend le ministre provincial de la Santé publique, le *Board of Health Region Number 1, Swift Current, Saskatchewan Tuberculosis and Respiratory Disease Association, la Saskatchewan Cancer Commission* et la *Saskatchewan Medical Care Insurance Commission*. Tous ces organismes étaient auparavant indépendants et administraient leur propre programme, suivant des conditions différentes en matière de politique et de résidence. Le régime actuel d'assurance-maladie de la Saskatchewan diffère quelque peu du régime original adopté en 1962. Le régime englobe maintenant des prestations antérieurement fournies par une variété de programmes ou organismes différents, dont la *Medical Care Insurance Commission*, le *Swift Current Health Region Number 1, la Cancer Control Commission*, la *Saskatchewan Tuberculosis Respiratory Disease Association* et le *Provincial Department of Public Health*. La gamme de prestations qui était antérieurement offerte par ces divers programmes et organismes, a été élargie lorsqu'il y avait lieu afin de se conformer aux exigences de la législation fédérale, et les conditions en matière de résidence ont été normalisées. Les primes de même que les taux des médicaments ont également été uniformisés entre la *Saskatchewan Medical Care Insurance Commission* et le *Swift Current Health Region*, qui administre son propre régime d'assurance-maladie.

Le régime de la Saskatchewan est un régime obligatoire, à primes, dont le montant a couvert environ 12% du coût en 1972, le reste étant subventionné par les recettes générales de la province. L'assurance dépend habituellement du paiement de la prime que ce soit directement par l'assuré ou par des organismes gouvernementaux. Le régime ne prévoit pas de subvention pour les primes en fonction du revenu, mais le *Department of Social Services* de la province paie les primes des assistés sociaux. Il y a une prime combinée qui couvre à la fois l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie, cette dernière étant:

Célibataire	\$ 12.00 par année
Famille	\$24.00 par année

Les résidents qui ont 65 ans et plus au cours de l'année de prime sont exemptés de payer les primes.



Commission à inscrire une personne se trouvant dans ce cas, de même que d'autres résidents faisant partie de sa famille, à compter de la date à laquelle une réclamation est reçue ou de la date à laquelle la personne est admise dans un hôpital approuvé.

On demande une seule prime pour l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation. Les primes sont perçues sur une base mensuelle, trimestrielle ou annuelle, mais en vertu d'arrangements avec les employeurs et d'autres groupes, elles sont payables chaque mois. Les assistés sociaux ne sont pas tenus de payer de primes et une aide financière proportionnée aux besoins est prévue pour les autres particuliers dont le revenu est limité. Une loi modificative, entrée en vigueur le 2 juin 1972, donne à la Commission le pouvoir de renoncer au paiement des primes lorsque le ministre de la Santé et du Développement social a établi que ce paiement imposerait des difficultés financières au particulier en cause.

Les primes suivantes sont payées par les personnes assurées:

Primes annuelles lorsque le revenu imposable est: \$1000 \$500 (celibataire) (famille) ou moins	Assistés sociaux	Néant	Néant	Famille de 2 personnes ou plus
\$69.00	Néant	\$24.00	\$48.00	\$138.00
\$74.00	Néant			

Un résident âgé de 65 ans ou plus a droit à l'exonération du paiement des primes en ce qui concerne l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie de base, pour lui-même et pour tout membre à sa charge de sa famille.

Les résidents autonomes qui sont inscrits et ont payé leurs primes peuvent se retirer du régime d'assurance-maladie et du régime provincial d'assurance-hospitalisation sur une base annuelle, pourvu que la demande en soit faite avant le 1er juillet. Une demande approuvée est valable pour une année, du 1er juillet au 30 juin; durant cette période, le résident ne paie aucune prime et n'a pas droit aux prestations des régimes provinciaux, de même que sa famille, à moins que tout membre de sa famille ait décidé de faire partie des régimes. Un résident qui s'est retiré des régimes provinciaux peut souscrire une assurance privée contre les frais d'hospitalisation, mais qui ne couvre pas les services assurés en vertu de la Loi de l'assurance-maladie. Environ 280 personnes sur plus de 1,685,000 se sont prévaluées de cette disposition au cours de l'année financière.

En ce qui concerne les honoraires, les praticiens ne sont pas tenus de faire un choix entre appliquer directement le régime provincial pour tous leurs malades assurés ou ne l'appliquer à aucun malade. A cet égard, le régime est bien différent de celui des autres provinces participantes, sauf le Nouveau-Brunswick. Le malade est libre de choisir son médecin, mais si ce dernier compte demander plus que les prestations du régime, il doit y avoir entente ou accord à cet égard avec le malade avant que le service ne soit rendu. (Le praticien est de la sorte libre d'appliquer le régime ou de traiter avec le patient, ou de traiter avec les deux, en ce qui concerne la rémunération de ses services.)

La loi modificative, entrée en vigueur le 22 novembre 1972, a accordé à la Commission des pouvoirs plus larges pour revoir l'appréciation des réclamations et pour procéder aux recouvrements, et a donné un rôle aux associations professionnelles médicales de la province dans les procédures de révision de l'appréciation des réclamations. De plus, la Commission a reçu le pouvoir de nommer des vérificateurs chargés d'examiner les livres, les comptes ou les dossiers, (sauf les dossiers des malades), des praticiens, avec le consentement du praticien en cause. La Commission a été autorisée, si ce consentement est refusé, à refuser elle-même le versement des prestations afférentes aux réclamations.

En vertu de l'*Alberta Health Care Emergency Financial Assistance Regulations*, les résidents de l'Alberta qui sont assurés, peuvent bénéficier de prestations supplémentaires pour la différence entre les frais de services médicaux qui ont été ou qui seront engagés à l'extérieur de la province



Le Régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique est un régime volontaire à primes. Pour être assuré, il faut avoir payé les primes nécessaires et l'assurance prend fin lorsque le versement de la prime accuse un retard de 15 jours. Certains groupes d'économiquement faibles peuvent bénéficier d'une aide de 50% ou de 90% du coût des primes s'ils ont résidé de façon permanente dans la province au cours des 12 mois consécutifs qui précèdent immédiatement leur demande. Les primes suivantes sont payées par les personnes assurées:

Primes annuelles	Primes annuelles lorsque le revenu est impossible est nul	Primes annuelles lorsque le revenu est impossible est inférieur à \$1000
Célibataire	\$ 6,00	\$30,00
Couple	\$12,00	\$60,00
Famille de 3 personnes ou plus	\$150,00	\$15,00
		\$75,00

Les primes des personnes admissibles à l'assistance sociale sont payées intégralement.

Le malade a la liberté de choisir son médecin, et le médecin peut annuler sa participation au régime sans que son patient perde son droit aux services. Les ostéopathes sont inscrits en vertu du *Medical Act* de la province et leurs services peuvent être reconnus en tant que services assurés aux fins du partage des frais. Il incombe aux médecins de s'assurer que les malades qui ont besoin de services de pathologie ou radiologie et d'électrodiagnostics (autres que les électrocardiogrammes) sont envoyés dans des laboratoires approuvés par la Commission, et de préférence dans les laboratoires publics et d'hôpitaux disponibles qui ont été approuvés, à moins que le malade n'accepte par écrit à l'avance de supporter les frais. Des règlements détaillés ont été adoptés régissant l'approbation de laboratoires et les attributions de la Commission à cet égard. Ces règlements précisent également quels services de laboratoire sont assurés lorsqu'ils sont dispensés chez un médecin.

Lorsqu'une personne assurée se déplace temporairement à l'extérieur de la province, le régime provincial n'assure que les soins, auxquels elle aurait droit dans sa province, nécessaires par une maladie ou des blessures. Lorsqu'une personne est temporairement à l'extérieur de la province, elle doit, pour bénéficier de services facultatifs, obtenir l'approbation préalable de la Commission avant que le versement de prestations d'assurance soit pris en considération. Ces limites s'appliquent également lorsqu'un résident assure déménagement dans une autre province participante durant toute période d'attente imposée par le régime de la deuxième province.

Le Régime de la Colombie-Britannique comprend des services supplémentaires pour lesquels le gouvernement fédéral ne verse pas de contributions. Ces services supplémentaires, soumis à une certaine limite, comprennent l'optométrie, la chiropraxie, la naturopathie, la physiothérapie, la podologie, les services d'infirmières de la Croix-Rouge, d'infirmières spéciales et d'infirmières de l'Ordre Victoria ainsi que les traitements orthopédiques, et ils ne sont disponibles qu'en Colombie-Britannique. Le gouvernement de la Colombie-Britannique a rétabli, le 1er juillet 1972, les services supplémentaires à frais non partagés au niveau où ils se trouvaient avant juillet 1970, époque où leur niveau avait été réduit.

## Le Régime d'assurance-maladie de l'Alberta

Le Régime d'assurance-maladie de l'Alberta est administré par l'*Alberta Health Care Insurance Commission* qui relève d'un ministre provincial sans portefeuille. L'admissibilité à l'assurance-hospitalisation provinciale est fonction de la situation du candidat en matière d'assurance-maladie.

Avant le 22 novembre 1972, le régime prévoyait une garantie au profit de tous les résidents admissibles, le droit aux prestations ne dépendant pas du paiement des primes, mais de l'état de résident. Depuis cette date, tous les résidents admissibles doivent, comme par le passé, s'inscrire à la Commission, mais les prestations ont cessé d'être payables si le résident n'est pas inscrit au moment du service. La loi modificative contient toutefois une disposition autorisant la

TABLEAU A - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE MÉDICALE (au 31 mars 1973)

NOTA : 1) Tous les régimes portent sur les services assurés dans le cadre du Programme fédéral (c'est-à-dire les services que rendent les médecins et qui sont requis du point de vue médical, ainsi que certaines opérations de chirurgie dentaire pratiquées par des chirurgiens-dentistes dans un hôpital).

2) Les primes inscrites au tableau se rapportent à ceux qui n'ont pas droit à l'aide spéciale versée aux personnes à faible revenu. Les dispositions prévues pour l'obtention d'une aide spéciale varient selon les provinces.

Province	Date d'adhésion	Services supplémentaires(b)	Administration publique chargée du régime	Primes normales mensuelles et autres frais exigibles pour ceux qui ne sont pas admissibles à l'aide		
				Catégorie	Prime normale	Autres frais
Colombie-Britannique	1 <sup>er</sup> juillet 1968	Ophtalmologie, chiropraxie, naturopathie, physiothérapie, podologie et les traitements orthopédiques, ainsi que les services d'infirmières de la Croix-Rouge, d'infirmières spécialisées et d'infirmières de l'Ordre de Victoria.	Medical Services Commission, Victoria, (C.-B.) (On peut obtenir un contrat d'assurance du British Columbia Medical Plan, 1410, rue Government, Victoria, (C.-B.)	Célibataire	\$ 5.00	—
				Couple	10.00	—
				Famille	12.50	—
Alberta	1 <sup>er</sup> juillet 1969	Les soins dentaires donnés par des chirurgiens-dentistes, comme l'indiquent le Règlement, les soins ophtalmiques, et ostéopathiques, ainsi que les prothèses fournies par les podologues. (Un contrat facultatif de services médicaux est offert par la Commission, aux résidents qui ne sont pas membres d'un groupe.)	Alberta Health Care Insurance Commission C.P. 1350, Edmonton (Alberta) T5J 2N3	Célibataire	\$ 5.75(d)	—
				Couple	11.50(d)	—
				Famille	11.50(d)	—
Saskatchewan	1 <sup>er</sup> juillet 1968	Ophtalmologie, services d'orthodontie rendus sur recommandation par un dentiste, pour le soin d'un palais fendu, chiropraxie.	Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Provincial Health Building, 3211, rue Albert, Régina (Sask.) S4S 0A4	Célibataire	\$ 1.00(e)	—
				Couple	2.00(e)	—
				Famille	2.00(e)	—
Manitoba(a)	1 <sup>er</sup> avril 1969	Ophtalmie et soins chiropratiques, Porthèses et certains appareils orthopédiques des membres et de la colonne vertébrale lorsque ils sont prescrits par le médecin.	Manitoba Health Services Commission 599, rue Empress, Winnipeg 10 (Manitoba).	Célibataire	\$ .55	—
				Couple	1.10	—
				Famille	1.10	—
Ontario	1 <sup>er</sup> octobre	Les soins ophtalmiques, chiropratiques, podologiques et catéopathiques.	Ontario Health Insurance Plan, 2195, rue Yonge, Toronto 295 (Ontario). (On peut obtenir un contrat d'assurance du régime à la même adresse, ou de bureaux régionaux).	Célibataire	\$ 11.00(f)	—
				Couple	22.00(f)	—
				Famille	22.00(f)	—
(Québec)	1 <sup>er</sup> novembre 1970	Optométrie et chirurgie buccale dans un hôpital universitaire. Remboursement des médicaments (assistés sociaux).	Régie de l'assurance-maladie du Québec, C.P. 6600, Québec 2, (Québec)	Tous les résidents admissibles	—	8. p. 100 durevenu jusqu'à concurrence de \$200 par année.(g)
Nouveau-Brunswick	1 <sup>er</sup> janvier 1971		Ministère de la Santé C.P. 5100, Frédéricton, (Nouveau-Brunswick).	Tous les résidents admissibles	—	—
Nouvelle-Écosse	1 <sup>er</sup> janvier 1969		Medical Care Insurance Commission, Lord Nelson Building, C.P. 500, Halifax, Nouvelle-Écosse.	Tous les résidents admissibles	—	—
Île-du-Prince-Édouard	1 <sup>er</sup> décembre 1970		Health Services Commission, C.P. 4500, Charlottetown (I.-P.-É.).	Tous les résidents admissibles	—	—
Terre-Neuve	1 <sup>er</sup> avril 1969		Newfoundland Medical Care Insurance Commission, Elizabeth Towers, av. Elizabeth, Saint-Jean (Terre-Neuve).	Tous les résidents admissibles.	—	—
Territoire du Yukon(a)	1 <sup>er</sup> avril 1972		Yukon Health Care Insurance Plan, C.P. 2703 Whitehorse (Yukon).	Célibataire	\$ 6.50	—
				Couple	\$ 12.50	—
				Famille	\$ 14.50	—
Territoire du Nord-Ouest	1 <sup>er</sup> avril 1971		N.W.T. Health Care Plan Yellowknife (T.-N.-O.). XOE IHO	Tous les résidents admissibles	—	—

a) L'assurance dépend de la résidence et non du versement des primes.

b) En général, l'utilisation de ces services est soumise à certaines limites. Pour plus de détails, s'adresser au service provincial compétent; le gouvernement fédéral ne contribue pas au coût des services supplémentaires.

c) Les risques couverts par les assureurs autorisés se limitent aux assurances de groupe.

d) Exemption de prime pour l'assurance de base (et facultative) si le membre d'une catégorie de prime est âgé de 65 ans ou plus.

e) Exemption de prime pour les résidents âgés de 65 ans ou plus.

f) Les taux s'appliquent simultanément à l'assurance médicale et à l'assurance-hospitalisation. Il y a une exemption de prime si le membre d'une catégorie de prime est âgé de 65 ans ou plus et réside depuis au moins 1 an dans la province.

g) Les célibataires dont les revenus nets sont inférieurs à \$2,500 et les familles dont les revenus nets sont inférieurs à \$5,000 sont exemptés.

d'assurance-maladie par l'intermédiaire des divers régimes provinciaux, tous, sauf peut-être 10,000 sont assurés.

## LEGISLATION PROVINCIALE

La surveillance des modifications aux lois et règlements portant sur les divers régimes provinciaux s'est poursuivie et l'on n'a rencontré aucune difficulté sérieuse, bien que dans quelques cas, les modifications aux règlements provinciaux aient nécessité des éclaircissements, afin de faire en sorte que les dispositions des lois fédérales continuent d'être respectées. Au cours de l'année financière 1972-73, les provinces ont adopté les lois suivantes relatives à leurs régimes d'assurance-maladie.

Alberta:	<i>The Alberta Health Care Insurance Act, 1972</i> <i>The Health Insurance Premiums Amendment Act, 1972</i> <i>The Health Insurance Statutes Amendment Act, 1972</i>	2 juin 1972
Saskatchewan:	<i>An Act to amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act</i> <i>An Act to amend the Health Services Insurance Act</i>	5 mai 1972
Manitoba:	<i>An Act to amend the Health Insurance Act, 1972</i>	11 juillet 1972
Ontario:	<i>The Public Health Amendment Act, 1972</i> <i>The Newfoundland Medical Care Insurance (Amendment) Act, 1973</i>	23 juin 1972
Terre-Neuve:		29 mars 1973

## RÉSUMÉ DES RÉGIMES D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAUX

Le tableau A résume les régimes d'assurance-maladie provinciaux en vigueur au 31 mars 1973. Bien que la description des divers régimes provinciaux ait été publiée dans les rapports annuels précédents, le résumé ci-après est une description mise à jour de tous les régimes, accompagnée d'une indication des changements importants survenus au cours de l'année financière 1972-73.

### Le Régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, une Commission des services médicaux, composée de trois membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, agit à titre d'organisme public chargé de la mise en application du régime provincial d'assurance-maladie. Un de ces membres représente la *British Columbia Medical Association*. Cette commission, entrée en fonctions le 21 novembre 1972, est responsable devant le ministre des Services de Santé et de l'Assurance-hospitalisation. Elle était précédemment responsable devant le Secrétaire de la province. L'organisme provincial vend son contrat par l'intermédiaire de deux régimes supplémentaires en plus du régime provincial de base, soit autorisés à vendre des services supplémentaires sans but lucratif (qui sont séparément soit comme ensemble lié au contrat du gouvernement) et par l'intermédiaire du *British Columbia Medical Plan*, organisme du gouvernement.

Les deux assureurs non gouvernementaux limitent leurs services, en vertu du régime, à l'assurance de groupe et offrent, moyennant des suppléments de prime, des garanties privées (médicaments, services d'ambulance, par exemple), en dehors du régime provincial et distinctement de celui-ci. Les primes perçues par eux dans le cadre du contrat du gouvernement doivent être remises à la province. Quel que soit l'organisme que le souscripteur choisisse, son contrat d'assurance est passé avec la province de la Colombie-Britannique, et c'est l'organisme provincial qui reçoit les comptes des médecins et qui fait le paiement des réclamations.



exception, a toutefois accepté les clauses les plus importantes de l'accord, mais a refusé de couvrir des le premier jour, les immigrants reçus et les nouveaux résidents établissant leur résidence dans la province et venant de l'extérieur du Canada; une période d'attente allant jusqu'à 3 mois sera généralement imposée à ces personnes. La date prévue d'entrée en vigueur de cet accord devait être fixée au 1er juillet 1972 ou aussitôt que possible après cette date, selon la possibilité qu'avaient les provinces d'apporter aux lois et règlements les modifications nécessaires à cet effet.

La Direction des soins médicaux, au cours de l'hiver 1971-72, organisé la première enquête complète sur les centres non-institutionnels de soins et services spéciaux qui dispensent des services de santé connexes, de même que sur le programme que prévoitait chacun de ces services. Cette enquête a été menée par le Ministère de la Santé et du Bien-être et les Divisions régionales de Statistique Canada. A la suite de cette enquête, Statistique Canada a publié, en août 1972, un condensé comportant des données descriptives sur quelque 3,000 services de santé "innovateurs". La Direction a poursuivi et étendu son programme de recherches dans le domaine de l'économie sanitaire, notamment dans celui de la communication des données provenant d'études sur le revenu des médecins aux associations médicales et aux régimes d'assurance-maladie des provinces. Ce programme comporte maintenant des recherches, actuellement en cours, sur l'évaluation de la période moyenne d'activité des différentes catégories de médecins. Cette étude a été commencée en 1971 afin de répondre à une demande de l'Association médicale canadienne, qui avait indiqué que ce genre de renseignements est indispensable pour aider cette Association à étudier comme il convient ce facteur lorsqu'elle cherche à déterminer les honoraires. A la demande des provinces, des études analogues sont entreprises ou envisagées sur d'autres groupes de professionnels de la santé. Des analyses comparatives approfondies de l'utilisation et des coûts des régimes provinciaux d'assurance-maladie sont également poursuivies.

Des fonctionnaires de la Direction ont rendu visite aux responsables de tous les régimes provinciaux au cours de l'année. Des renseignements et des opinions ont été échangés entre les responsables canadiens et leurs homologues étrangers au cours de réunions et de colloques d'associations professionnelles tenus au Canada et aux Etats-Unis ainsi que lors de discussions avec les représentants de gouvernements étrangers intéressés aux réalisations canadiennes dans le domaine de l'assurance-maladie. Ceci a notamment comporté des visites spéciales à Ottawa de représentants de la *Social Security Administration* des Etats-Unis, des demandes écrites de renseignements et, dans certains cas, des demandes d'exposés officiels lors de conférences aux Etats-Unis.

Le Directeur général de l'assurance-maladie a effectué en septembre et octobre 1972 une série de visites aux ministères de la Santé dans certains pays d'Europe, afin de recueillir des renseignements sur leurs programmes de services de santé. Il a également fait partie d'une équipe de hauts fonctionnaires du Ministère qui a participé à une conférence tripartite (Canada, Etats-Unis et Royaume-Uni) sur la main-d'oeuvre médicale, tenue à Washington les 19 et 20 mars 1973. La Direction de l'assurance-maladie a été représentée à des réunions du Comité de l'OTAN sur les défis de la société moderne relatives au projet sur les techniques modernes de distribution de soins, et portant sur les services de soins ambulatoires et l'appréciation méthodique des services de santé, qui se sont tenues au cours de l'année. La Direction de l'assurance-maladie assure la présidence de ce dernier projet depuis octobre 1972.

## PARTICIPATION DES PROVINCES

Le Régime d'assurance médicale du Territoire du Yukon est entré en vigueur le 1er avril 1972. Toutes les provinces avaient précédemment adopté leurs régimes à des dates variées entre l'instauration du programme fédéral le 1er juillet 1968 et le 1er janvier 1971. Le régime des Territoires du Nord-Ouest était entré en vigueur le 1er avril 1971. Le programme national est ainsi en vigueur dans toutes les parties du Canada depuis le 1er avril 1972. Les dates d'entrée en vigueur des divers régimes figurent au Tableau A.

Cent pour cent de la population admissible est maintenant assurée à Terre-Neuve, dans l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, au Québec, au Manitoba, en Saskatchewan, dans les Territoires du Nord-Ouest et dans le Territoire du Yukon; pratiquement 100% en Alberta et en Colombie-Britannique, et plus de 99% en Ontario. Sur une population estimée à 21,9 millions de résidents du Canada admissibles à la garantie que prévoit le Programme



## PROGRAMME DES SOINS MÉDICAUX

Comme la Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tout Canadien l'accès aux soins nécessaires, selon un régime contributif, et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière, on a établi un programme de soins médicaux qui couvre trois domaines d'activités très voisins :

1. L'application de la Loi sur les soins médicaux.
2. La mise à la disposition des provinces de services consultatifs pour les divers aspects des régimes provinciaux d'assurance-maladie.
3. La conduite d'enquêtes et l'offre de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, aux provinces et aux autres organismes intéressés, sur la planification, la distribution et l'utilisation des services médicaux.

La Direction des soins médicaux a cessé, à la fin de l'année financière 1972-73, d'exister en tant qu'organisme distinct, lors de la fusion, à compter du 1<sup>er</sup> avril 1973, de cette Direction avec celle de l'assurance-hospitalisation, pour former la Direction de l'assurance-maladie. Au cours de cette année financière, une collaboration de plus en plus étroite s'est établie avec le Programme de l'assurance-hospitalisation et des services de diagnostic, des politiques communes étant élaborées lorsque cela s'est avéré utile.

Le 15 février 1973, la Cour suprême de Colombie-Britannique a prononcé un jugement déclarant qu'une personne qui, dans cette province, pratique l'ostéopathie, exerce en fait la médecine, car elle est autorisée en vertu du *Medical Act* de ladite province. A la suite de cette décision, les services que fournissent les ostéopathes en Colombie-Britannique peuvent être retenus à titre de services assurés aux fins du partage des frais.

Une conférence des directeurs médicaux des régimes d'assurance-maladie des provinces s'est tenue les 12 et 13 avril 1972 à Ottawa, afin de discuter de points se rattachant à la qualité et à l'utilisation des soins médicaux, et notamment des tendances en matière de diagnostic et de services de laboratoire et de radiologie. Une séance de travail fédérale-provinciale s'est tenue, à l'intention des administrateurs financiers des divers régimes d'assurance-maladie, les 12 et 13 juin 1972 à Ottawa. La première conférence de statisticiens fédéraux et provinciaux intéressés à la collecte et à l'analyse de statistiques sur l'utilisation et les coûts des soins médicaux s'est également tenue à Ottawa les 22 et 23 janvier 1973, afin de discuter de questions particulières dans ce domaine.

La Direction de l'assurance-maladie s'est chargée de diriger les travaux d'un groupe de travail du Ministère, qui collaborera avec la profession médicale, par l'intermédiaire du Comité national des besoins en médecins, à l'élaboration de propositions en ce qui concerne les besoins de main-d'oeuvre médicale. La première rencontre conjointe des représentants du gouvernement et de la profession médicale devrait avoir lieu vers le milieu de 1973.

Le comité technique conjoint gouvernemental-professionnel sur la Nomenclature normalisée, établi vers la fin de l'année financière 1970-1971, a continué à se réunir tous les trimestres sous les auspices de la Direction des soins médicaux. L'objectif de ce comité est d'élaborer un préambule uniforme et une nomenclature simplifiée qui puissent être utilisés par tous les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Actuellement, les barèmes provinciaux des honoraires des médecins (et des prestations des régimes d'assurance-maladie) ne sont pas cohérents ou uniformes dans leur description des services professionnels, ce qui crée des difficultés dans la compilation de données statistiques comparables que fournissent les divers régimes d'assurance-maladie provinciaux, à l'usage du programme national. Ce comité réunit des représentants régionaux d'associations médicales et de régimes d'assurance-maladie provinciaux.

Toutes les provinces, à une exception près, et les territoires, ont souscrit un accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité de la garantie des régimes d'assurance-maladie (c'est-à-dire de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance soins médicaux). Cet accord vise à résoudre les difficultés qu'avaient précédemment rencontrées quelques résidents du Canada pour obtenir une garantie des régimes provinciaux, notamment lorsqu'ils déménageaient d'une province à une autre ou arrivaient de l'étranger au Canada. La Colombie-Britannique, qui constitue la seule

# RAPPORT ANNUEL

du

MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

concernant l'application

de la

Loi sur les soins médicaux

pour l'année financière se terminant le 31 mars 1973

Le présent rapport, établi conformément à l'article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le cinquième rapport soumis au Parlement; il traite de la gestion pour l'année financière se terminant le 31 mars 1973.

## HISTORIQUE

La Loi sur les soins médicaux (14-15 Elisabeth II, chap. 64) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la Loi établit un programme de subventions aux provinces qu'il applique un régime d'assurance-maladie selon certains critères minimaux. Ceux-ci se rattachent à la garantie tous risques, à la participation universelle, au transfert des prestations d'une province à l'autre et à l'administration publique.

Les contributions financières du gouvernement fédéral aux provinces participantes sont payables depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1968. Elles s'élèvent à la moitié de la moyenne nationale, par habitant, du coût des risques couverts par le programme fédéral, à l'exception des frais d'administration, multipliée par le nombre moyen d'assurés dans chaque province. Au 1<sup>er</sup> janvier 1971, toutes les provinces participaient au programme et les Territoires du Nord-Ouest, ainsi que celui du Yukon, ont respectivement mis leur régime en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1971 et le 1<sup>er</sup> avril 1972. La présente année financière est la première au cours de laquelle des régimes d'assurance-maladie ont été en vigueur dans toutes les parties du pays.

Les quatre grands principes qui figurent dans la Loi et qui doivent caractériser le régime d'assurance-maladie de chaque province participante sont les suivants:

1. *La garantie tous risques:* Elle couvre tous les services dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Cette règle n'admet aucune franchise, ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. La garantie sera telle que, sur le plan financier, l'assuré ne souffrira d'aucune exclusion et recevra toujours des soins médicaux. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1968, on rembourse également certains services de chirurgiens-dentistes dispensés dans les hôpitaux.

2. *La participation universelle:* L'assurance est accessible à tous les résidents admissibles de la province participante, aux mêmes conditions. De plus, elle couvre au moins 95 p. 100 de la population admissible. Cela permet d'assurer tous les résidents et d'éviter les discriminations financières pour raison de santé, d'âge, de non-appartenance à un groupe, ou pour tout autre motif. En outre, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, les primes des personnes de certains groupes d'âge ou à faible revenu, à condition que le régime soit financé par un système de primes et que tous les résidents admissibles soient traités de la même façon.

3. *La transférabilité des prestations:* Le bénéficiaire qui s'absente temporairement de sa province ou qui déménage dans une autre province peut profiter de cette disposition. L'assurance n'est plus liée à une assurance collective au lieu d'emploi et, par conséquent, le changement d'emploi ou de domicile n'entraîne aucune suspension de la garantie.

4. *L'administration à titre non lucratif:* Elle doit relever d'un organisme public responsable de ses transactions financières auprès du gouvernement provincial.

L'HONORABLE MARC LALONDE  
MINISTRE

POUR L'ANNEE FINANCIERE SE TERMINANT LE 31 MARS 1973

LOI SUR LES SOINS MEDICAUX

DE LA

CONCERNANT L'APPLICATION

MINISTRE DE LA SANTE NATIONALE ET DU BIEN-ETRE SOCIAL

DU

RAPPORT ANNUEL





# rapport annuel soins médicaux

 Santé et  
Bien-être social  
Health  
and Welfare  
Canada

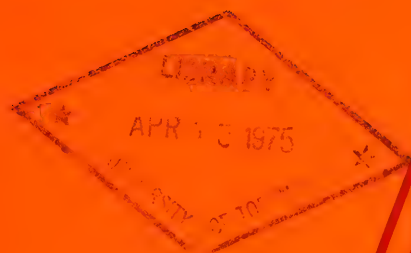


# annual report medical care



Health  
and Welfare  
Canada

Santé et  
Bien-être social  
Canada



HW  
334



100  
Min of National Health  
& Welfare

**ANNUAL REPORT OF THE MINISTER OF  
NATIONAL HEALTH & WELFARE RESPECTING  
OPERATIONS OF THE MEDICAL CARE ACT  
FOR THE FISCAL YEAR ENDED MARCH 31, 1974**

**HONOURABLE MARC LALONDE  
MINISTER**



## Annual Report of the Minister of National Health & Welfare Respecting Operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1974

---

This is the sixth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act and related to operations for the fiscal year ended March 31, 1974.

### HISTORICAL BACKGROUND

The Medical Care Act (14-15 Elizabeth II, Chap. 64) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act establishes a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make a financial contribution to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are related to comprehensiveness of insured services, universality of coverage, portability of benefits and public administration.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968 and are based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, excluding administration, multiplied by the number of insured persons in each province. All provinces were participating by January 1, 1971 and the Northwest Territories and the Yukon Territory implemented their plans on April 1, 1971 and April 1, 1972 respectively. This is the second fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least three years and in most instances for four or five years.

The four main principles embodied in the Act which must characterize the medical care insurance plan of each participating province are: —

1. *Comprehensive coverage* for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusions except on the grounds that the services were not medically required. The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no financial impediment or preclusion to an insured person receiving necessary medical care. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.
2. *Universal availability* to all eligible residents of a participating province on equal terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five percent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age group or low income groups is permitted, if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally.
3. *Portability of benefits* when the beneficiary is temporarily absent from his own province and when he is moving from one participating province to another. It is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs or residence.
4. *Administration on a non-profit basis* by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

## MEDICAL CARE PROGRAM

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all Canadians can have access to necessary medical care on a prepaid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. In order to do this effectively, the program has been organized on the basis of three inter-related activities:

1. Administration of the Medical Care Act.
2. Provision of advisory services to provinces regarding various aspects of the provincial medical care insurance plans.
3. Conducting studies and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Medical Care and Hospital Insurance and Diagnostic Services Directorates of the Health Programs Branch were amalgamated as the Health Insurance Directorate, effective April 1, 1973. This amalgamation facilitates close functional co-operation between both health insurance programs. The Directorate is organized in four divisions:

- Medical Care
- Hospital Insurance
- Consulting Services, and
- Operations and Special Projects

The Directorate also receives support from the Health Economics and Management Services Directorate of the Health Programs Branch in the areas of program finance and research in medical economics.

The Directorate has four main functions. In addition to administering the Medical Care Act and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and Regulations, and federal-provincial Agreements under that Act, it provides consultant services in health care and hospital administration, nursing, medical economics, dietetics, accounting and pharmacy to provincial authorities, professional and voluntary associations and hospital and related health facilities to assist in improving standards of care and to achieve efficiency and effectiveness in the operating costs of health services. This includes total organizational and operational studies in individual hospitals. In addition, advice is provided to the provincial authorities regarding operations and future development of their health insurance plans. The Directorate also undertakes and promotes studies on various aspects of the health care delivery system, particularly with respect to hospital and medical care services.

The Federal-Provincial Advisory Committee on Health Insurance met during the year. This committee is one of four established at the official level in the field of health care which report to the Conference of Deputy Ministers of Health. At a meeting held in Ottawa, November 13-15, 1973, approval was given to the establishment of a working party on Medical Care Audit and a working party on Standard Diagnostic Coding. Both working parties will consist of regional representatives of provincial hospital and medical care insurance plans. The working party on Medical Care Audit is to identify improvements in the data base to facilitate cost-benefit

analyses, quality control and appropriateness of service by taking advantage of both hospital and medical care insurance data. The working party on Standard Diagnostic Coding is to study the subject of a nationally-uniform standard diagnostic code which would meet the needs of non-institutional practice.

A meeting of Medical Directors of the provincial medical care insurance plans was held in October 1973. Items discussed included the recently revised federal-provincial advisory committee structure, medical care audit systems and non-governmental health insurance coverage available to visitors to Canada.

There has been a substantial improvement in the eligibility and portability provisions of the provincial hospital and medical care insurance plans as a result of the inter-provincial agreement which was concluded in 1972. The Advisory Committee's Sub-Committee on Eligibility and Portability reviewed the operation of the agreement at a meeting in Ottawa on January 31 - February 1, 1974. The agreement, for the most part, is functioning satisfactorily in all provinces, although some administrative clarifications to the agreement are indicated. These yearly reviews by the sub-committee are valuable as they provide a forum for discussing new and some still unresolved technical problems such as, which province should be responsible for the donor costs involved in a vital organ transplant when the donor is not a resident of the province of the recipient of the organ.

The Health Insurance Directorate has continued and expanded its study program in the field of medical care economics, including the provision of data on physicians' earnings and expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations. The program now includes an on-going study on the estimated average working life of different kinds of physicians, which was initiated in 1971 at the request of the Canadian Medical Association. This information is necessary to assist the Association in giving due consideration to this factor when determining fee differentials. Similar studies are being undertaken or being considered in relation to other health professionals at provincial request. A dentists' income study is underway as an on-going project. In-depth comparative analyses of provincial medical care plans utilization and cost experience are also being continued.

The Directorate is leading a departmental task force co-operating with the medical profession, through the national Committee on Physician Manpower, in developing recommendations on physician manpower requirements. The task force has now met with eleven working parties representing different specialties and each has been provided with collated data on medical care utilization and other relevant data to assist their members in making recommendations on the optimum requirements for their particular specialty.

The joint governmental-professional technical committee on Standard Nomenclature has completed an interim report for presentation to the Advisory Committee on Health Insurance. The objective of this committee is to develop a uniform preamble and simplified nomenclature suitable for use by the provincial medical care insurance plans. At present, provincial physicians' fee schedules (and medical care plan benefit schedules) are not com-

pletely consistent or uniform in their description of professional services, thus creating difficulties in the compilation of comparable statistical data being generated by the various provincial medical care insurance plans for use in the national program. This committee includes regional representation from provincial medical associations and medical care insurance plans.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations, and representatives of foreign governments interested in Canadian developments in the field of medical care insurance. There has been an increased demand on the time of the Health Insurance Directorate from international sources as the Canadian health insurance programs become better known. This has included special visits to Ottawa by delegations and visitors from many countries.

The Directorate is also represented on two projects of the NATO Committee on Challenges of Modern Society project on Advanced Health Care Delivery Systems. Canada is the lead country in the project on Systematic Assessment of Health Services and, under the Chairmanship of a senior officer from the Directorate, a series of eight site visits in the U.S.A. and Canada has been completed. Another senior officer is a member of the project team on Organized Ambulatory Health Services which completed a series of site visits in the Federal Republic of Germany. Reports on these projects will be presented at a NATO Plenary Session in May, 1974.

### PROVINCIAL PARTICIPATION

The provinces (and territories) introduced their plans at varying times between the implementation of the federal program, on July 1, 1968, and April 1, 1972. The dates when the various plans were introduced will be found in Table 6(B).

### PROVINCIAL LEGISLATION

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans has been continued and no serious difficulties encountered, although in a few instances changes in provincial regulations required clarification to ensure that the terms and conditions of the federal legislation continued to be met. During fiscal 1973-74, the provinces enacted the following legislation related to their provincial medical care insurance plans:

#### *British Columbia*

Statute Law Amendment Act, 1973	April 18, 1973
An Act to Amend An Act Respecting Medical Services	November 7, 1973

#### *Saskatchewan*

An Act to Amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act	April 27, 1973
--	----------------

#### *Manitoba*

An Act to Amend the Health Services Insurance Act	May 25, 1973
--	--------------

#### *Quebec*

An Act to Amend the Health Insurance Act and the Quebec Health Insurance Board Act	July 6, 1973
--	--------------

An Act to Amend the Taxation  
Act and certain other  
legislative fiscal provisions

July 6, 1973

#### *Nova Scotia*

An Act to Amend and Consolidate  
the Medical Care Insurance Act  
and the Hospital Insurance Act

April 16, 1973

### SUMMARY OF PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS

Table 1 summarizes the provincial medical care insurance plans and Table 2 summarizes the complementary provincial hospital insurance plans, as of January 1, 1974. These tables will be found on pages 6-15. Descriptions of each provincial medical care insurance plan have been published in previous annual reports and an up-dated review may be obtained from the Health Insurance Directorate on request.

### INSURED POPULATION

The Medical Care Act defines "population" to mean the population of the province on the first day of October in that fiscal year as certified by the Chief Statistician of Canada, after excluding members of the Canadian Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. The exclusions amount to some 0.5% of the total population.

Insurable residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to Workmen's Compensation are not entitled to benefits under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows: —

- Aeronautics Act
- Civilian War Pensions and Allowances Act
- Government Employees Compensation Act
- Merchant Seamen Compensation Act
- National Defence Act
- Pension Act
- Royal Canadian Mounted Police Act
- Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
- Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act
- Veterans Rehabilitation Act.

100% of the eligible population are now insured in Newfoundland, Prince Edward Island, Nova Scotia, New Brunswick, Quebec, Manitoba, Saskatchewan, the Northwest Territories and the Yukon Territory; and virtually 100% in Alberta, British Columbia and Ontario. Of an estimated 22.2 million residents of Canada who are eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans, very few individuals remain uninsured.

Table 3 shows, by province, the estimated number of insured persons and per capita cost as used for purposes of advance payments and the number of insured persons



and per capita cost used to calculate the actual contributions following the end of the fiscal year.

### FORMULA FOR FEDERAL CONTRIBUTIONS

The amount of federal contributions to the provinces is calculated on the basis of a formula contained in the Medical Care Act. It has been designed in such a way to provide greater federal assistance to those provinces in which the per capita cost of medical care is lower and to provide for an equitable federal contribution to the provinces, having regard to the considerable variation in the per capita costs between the provinces.

The annual federal contribution to each participating province equals fifty percent of the per capita cost for the year of all insured services of the national program which are furnished pursuant to the medical care insurance plans of the participating provinces multiplied by the number of insured persons in the province. The per capita cost for a year of all insured services of the national program is an amount equal to the aggregate of the cost of the insured services of the national program which are incurred by each of the participating provinces divided by the number of insured persons in each of the participating provinces.

Since the federal contribution is calculated on an annual basis, the Medical Care Act provides for advances on account of contributions, so that the provinces are not required to wait for reimbursement of the amounts which they are required to pay to doctors on a continuing basis. In order to expedite the payment of advances and, at the same time, to forestall the likelihood of a major financial adjustment after the end of each fiscal year, the formula which is used for the calculation of the advance payments provides for a holdback of up to ten percent of the amount due to the province. The formula for the advance payments, therefore, differs from the formula for the annual contribution in that forty-five percent of the estimated national per capita cost is paid to the provinces as advances on account of contributions.

The remaining five percent of the national per capita cost multiplied by the number of insured persons in a province, plus or minus adjustment to actual costs, is paid to provinces following receipt of final cost reports from all participating provinces signed by their respective provincial authorities, certified by the provincial auditors, and reviewed by federal officials.

### FINANCIAL EXPERIENCE

The advance estimates for fiscal 1973-74 were \$1,393 million and the actual costs were \$1,373 million. Payments based on these actual costs were paid in fiscal years 1973-74 and 1974-75.

During the 1973-74 fiscal year, federal payments to provinces and territories under the Medical Care Act totalled \$677,947,024 and consisted of advance payments of \$626,695,200 in respect of 1973-74 costs and two adjustment payments for 1972-73 totalling \$51,251,824.

Tables 4 and 5 show the calculations of the federal contributions for 1973-74 and payments made in that year. Tables 6(A) and 6(B) show the estimated and actual costs by province for each year they participated in the plan. It will be noted that the total costs as estimated for the six-year period were \$5,218 million and the costs

as incurred were \$5,119 million.

Estimated costs, which are prepared in advance of each plan year, take into account such factors as changes in the (insured) population, utilization of insured services, and average delay times between date of service, submission of claim and processing and payment of claim. Additionally, allowance is made for anticipated changes in rates of payment (e.g. professional fees) and for transfers between Medicare and Hospital Insurance.

Some of the difference between estimated and actual costs is the result of the transfer of certain laboratory costs from the Medical Care Program to the Hospital Insurance Program. These cost-transfers were not taken into account, or were incompletely taken into account, in the advance estimates for the fiscal years in which the transfers took place (see footnotes to Table 6(A) and 6(B).) About two-thirds of the remaining difference between aggregate advance estimates and aggregate actual costs occurred in the first two years of participation of individual provinces, and may be related partly to the lack of experience in estimating the costs of a major new program, and in some cases to undue optimism as to the average delay time between date of service and date of payment which a newly established plan could early achieve.

Table 7 shows year-to-year changes in the per capita costs of insured services. For purposes of this table per capita costs were adjusted, where required, to minimize the effects of identifiable changes which would have interfered with year-to-year comparability. The figures shown may reflect, in some cases, changes in claims inventories (see footnote to Table 7), but generally the year-to-year variations in per capita costs are due to such factors as revisions of payment schedules, changes in the utilization of services (which in turn may be related to changes in the number and distribution of physicians, changes in the urban-rural and age-sex distribution of insured persons, changes in technology, and changes in the mix of services, e.g. increases in sterilizations and therapeutic abortions and declines in obstetric procedures), as well as changes in the volume and level of non-fee payments.

The data in Table 7 indicate that overall changes in per capita costs tended to average about 6 to 7 per cent per year. There were, however, large differences when comparing the rates of change among provinces and when looking at year-to-year changes in individual provinces. The latter, i.e. fluctuations within provinces, may be related to the timing and magnitude of payment schedule revision, including, for example, the removal of utilization fees in Saskatchewan in 1971. Varying levels of insurance coverage in pre-Medicare days may have been among the factors which contributed to interprovincial differences in rates of change of per capita costs in subsequent years.

Tables 1 and 2 summarize the provincial medical care and hospital insurance plans, as of January 1, 1974. Both types of plan in each province are included because of the complementary nature of the coverage of the national health insurance programs. In addition, in the case of certain diagnostic services, the benefit coverage may be provided at the option of the province under either the Medical Care Program or the Hospital Insurance and Diagnostic Services Program.



**TABLE 1 — PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS**

**BENEFITS:** ALL MEDICALLY REQUIRED SERVICES OF MEDICAL PRACTITIONERS AND CERTAIN SURGICAL-DENTAL PROCEDURES UNDERTAKEN BY DENTAL SURGEONS IN HOSPITAL. THESE BENEFITS ARE COST-SHARED BY THE PROVINCES AND THE FEDERAL GOVERNMENT.

PROVINCE	EXTRA BENEFITS (a)	PLAN ADDRESS	PREMIUM PER MONTH (b)
BRITISH COLUMBIA	Optometry, chiropractic, naturopathy, physiotherapy, podiatry, orthoptic treatment and services of Red Cross nurses, special nurses and V.O.N. Orthodontic services for cleft palate and/or harelip. (Free prescription drug program for residents over 65 and a drug subsidy program for those under 65 receiving 90% medicare premium subsidy — administered through the Department of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, B.C.)	Medical Services Commission, Parliament Buildings, Victoria, B.C. (Insurance contract may be obtained from the Medical Services Plan of British Columbia, 1410 Government St., Victoria, B.C., or licensed carriers.) (c)	Single — \$ 5.00 Couple — \$10.00 Family — \$12.50
ALBERTA	Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric and chiropractic services and podiatric services and appliances. An optional health services contract is available through the Commission providing Alberta Blue Cross Plan membership at reduced rates to residents who are not members of a group. For residents over 65 and their dependants, the Government provides a major portion of the cost of eyeglasses and assumes the cost of hearing aids, dentures and dental care and medical and surgical equipment, supplies and appliances.	Alberta Health Care Insurance Commission, P.O. Box 1360, Edmonton, Alberta. T5J 2N3	Single — \$ 5.75(d) Couple — \$11.50(d) Family — \$11.50(d)

TABLE 2 — PROVINCIAL HOSPITAL INSURANCE PLANS

PROVINCE	BENEFITS COST-SHARED	OUT-OF-PROVINCE BENEFITS (Cost-Shared)	AUTHORIZED CHARGES	PLAN ADDRESS
BRITISH COLUMBIA	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> Emergency services, minor surgical procedure, day-care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day-care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals).</p>	<p>a) In-patient within first 12 months of temporary absence from province for a maximum stay of 12 months unless otherwise approved.</p> <p>b) Referral, if approved by Deputy Minister.</p> <p>c) Out-of-Canada: in-patient maximum \$50 per day for adults and children, \$12 per day for newborn (Canadian funds).</p>	<p>a) \$1 per day for standard ward care for adults and children, excluding newborn,</p> <p>b) \$2 for each emergency or minor surgical out-patient treatment,</p> <p>c) \$2 for day care surgical services,</p> <p>d) \$1 for out-patient cancer therapy,</p> <p>e) \$1 for psychiatric day care or night care and psychiatric out-patient services,</p> <p>f) \$1 for out-patient physiotherapy services,</p> <p>g) \$1 for diabetic day care services,</p> <p>h) \$1 for day care rehabilitation services.</p>	<p>British Columbia Hospital Insurance Services, Department of Health, Parliament Buildings, Victoria, British Columbia. V8V 1X4</p>
ALBERTA (a)	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> 100% of all out-patient procedures rendered by the hospital; 100% of all diagnostic and physiotherapy services rendered in approved facilities outside the hospital; 100% of all out-patient services provided by provincial cancer clinics and provincial laboratories.</p>	<p><i>In-patient:</i> 100% of all approved in-patient charges in Canada. Outside Canada, at \$50 per day or the actual cost whichever is the lesser, less the authorized charges.</p> <p><i>Out-patient:</i> 100% of all services rendered by hospitals in Canada, at their respective approved rates. Outside Canada, for charges less than \$25, the actual amount; for charges exceeding \$25, the lesser of the amount charged by the hospital or the amount payable in Alberta, but not less than \$25.</p>	<p>Adults and children, excluding newborn: \$5 for the first day in active treatment hospitals.</p> <p>Auxiliary Hospitals: \$3 per day after 120 days.</p>	<p>Alberta Hospital Services Commission, P.O. Box 2222, 6th Floor, 9912 - 107 St., Edmonton, Alberta. T5J 2P4</p>

**TABLE 1 — PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS (Continued)**

PROVINCE	EXTRA BENEFITS (a)	PLAN ADDRESS	PREMIUM PER MONTH (b)
SASKATCHEWAN	Optometry, chiropractic, referred services by dentist for care of cleft palate and for orthodontic oral surgery. (Subsidized Hearing Aid Program)	Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Provincial Health Building, 3211 Albert Street, Regina, Saskatchewan. S4S 0A8	None
MANITOBA	Optometry, chiropractic. Prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by an M.D. Contact lens following congenital cataract surgery. Artificial eyes. (Pharmacare program for residents over 65 — administered by the Department of Health and Social Development.)	Manitoba Health Services Commission, 599 Empress Street, Winnipeg, Manitoba. R3C 2T6	None
ONTARIO	Optometry, chiropractic, podiatry, osteopathy. (Also out-of-hospital benefit towards cost of physiotherapy and for ambulance services.) Home Care Program Services	Ontario Health Insurance Plan —  Hamilton 25 Main St. W. 528-3481  Ottawa 75 Albert St. 237-9100  Mississauga 55 City Centre Drive 275-2730  Sudbury 295 Bond St. 675-9111  Windsor 1427 Ouellette Ave. 258-7560  Toronto 2195 Yonge St. (Eglinton) 482-1111  London 227 Queens Ave. 433-4561  Thunder Bay 200 South Syndicate Ave. 623-5131  Kingston 1055 Princess St. 546-3811	Single — \$11.00(e)  Couple — \$22.00(e)  Family — \$22.00(e)

TABLE 2 — PROVINCIAL HOSPITAL INSURANCE PLANS (Continued)

PROVINCE	BENEFITS COST-SHARED	OUT-OF-PROVINCE BENEFITS (Cost-Shared)	AUTHORIZED CHARGES	PLAN ADDRESS
SASKATCHEWAN	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> To the extent that a hospital is able to provide it.	Within Canada <i>In-patient:</i> Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. <i>Out-patient:</i> Total amount charged. Outside Canada <i>In-patient:</i> Maximums apply as to rate and number of days of care. <i>Out-patient:</i> Total amount charged or a rate considered to be fair and reasonable.	None	Saskatchewan Hospital Services Plan, Department of Public Health, Provincial Health Bldg., 3211 Albert Street, Regina, Saskatchewan.
MANITOBA (a)	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> All services except drugs and dressings in certain cases.	In-Canada: Rate approved by hospital's provincial plan. Outside Canada: The greater of 75% of hospital's charges or a daily allowance if: a) emergency, b) adequate care not available in Manitoba, c) during 3 months following permanent move, d) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases.	None	Manitoba Health Services Commission, 599 Empress Street, Winnipeg, Manitoba. R3C 2T6
ONTARIO (a)	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> Broad range of essential services, physio-, occupational, speech, radio-, and inhalation therapies, and other hospital services when medically necessary.	Full rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. 75% of standard ward for elective admissions in the United States including room, board and all extras. 100% of emergencies anywhere in the world. 100% of standard ward care in all other cases occurring outside Canada or the U.S.	None	Ontario Health Insurance Plan — Hamilton Toronto 25 Main 2195 Yonge St. W. St. 528 3481 (Eglinton) 482-1111 Ottawa London 75 Albert St. 227 Queens 237-9100 Ave. 433-4561 Mississauga Thunder Bay 55 City 200 South Centre Dr. Syndicate 275-2730 Ave. 623-5131 Sudbury Kingston 295 Bond St. 1055 675-9111 Princess St. 546-3811 Windsor 1427 Ouellette Ave. 258-7560



**TABLE 1 — PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS (Continued)**

PROVINCE	EXTRA BENEFITS (a)	PLAN ADDRESS	PREMIUM PER MONTH (b)
QUEBEC	Optometry, Oral Surgery in a university institution. Drug benefit (social assistance recipients and beneficiaries of the maximum old age pension and supplement).	Quebec Health Insurance Board, P.O. Box 6600, Quebec 2, P.Q.	None(f)
NEW BRUNSWICK		Department of Health, Medicare Division, Box 5100, Fredericton, N.B. E3B 5G4	None

**TABLE 2 — PROVINCIAL HOSPITAL INSURANCE PLANS (Continued)**

PROVINCE	BENEFITS COST-SHARED	OUT-OF-PROVINCE BENEFITS (Cost-Shared)	AUTHORIZED CHARGES	PLAN ADDRESS
QUEBEC	<p><i>In-patient:</i> Standard ward including all available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> Certain psychiatric services, emergency (24 hrs.), minor surgery including x-ray and laboratory examinations and related interpretation, physiotherapy, radiotherapy, medical orthotics, occupational therapy, audiology and speech therapy.</p>	<p>Within Canada:</p> <p><i>In-patient:</i> Approved standard ward rate.</p> <p><i>Out-patient:</i> Insured services at the prevailing rate of the hospital where these services are received.</p> <p>Outside Canada:</p> <p><i>In-patient:</i> Elective cases up to \$25 per day. Emergency or sudden illness and referral cases receiving prior approval, room and board at the ward rate plus cost of other insured services.</p> <p>Are excluded: spas, psychiatric and tuberculosis hospitals.</p> <p><i>Out-patient:</i> at the prevailing rate of the hospital where the insured services are received provided that:</p> <p>a) the services were received during the 24 hrs. following an accident.</p> <p>b) the services became necessary due to a sudden illness or emergency.</p>	None	<p>Ministry of Social Affairs, Joffre Building, 1075 Chemin Ste-Foy, Quebec, P.Q. G1A 1B9</p>
NEW BRUNSWICK	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> All approved available services.</p>	<p>In Canada:</p> <p>Complete <i>in-patient</i> coverage at standard ward rate approved by hospital's provincial plan.</p> <p><i>Out-patient:</i> Total amount charged for entitled services at rates approved by hospital's provincial plan.</p> <p>Outside Canada:</p> <p><i>In-patient coverage —</i> All-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three largest New Brunswick hospitals.</p> <p><i>Out-patient coverage —</i> Entitled out-patient services at New Brunswick rates.</p>	None	<p>Department of Health, Medicare Division, Box 5100, Fredericton, N.B. E3B 5G4</p>

**TABLE 1 — PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS (Continued)**

PROVINCE	EXTRA BENEFITS (a)	PLAN ADDRESS	PREMIUM PER MONTH (b)
NOVA SCOTIA	Optometric visual analysis	Health Services and Insurance Commission, Lord Nelson Building, 5675 Spring Garden Road, Halifax, N.S. B3J 1H2	None
PRINCE EDWARD ISLAND		Health Services Commission, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I.	None

**TABLE 2 — PROVINCIAL HOSPITAL INSURANCE PLANS (Continued)**

PROVINCE	BENEFITS COST-SHARED	OUT-OF-PROVINCE BENEFITS (Cost-Shared)	AUTHORIZED CHARGES	PLAN ADDRESS
NOVA SCOTIA	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electroencephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, as well as various emergency diagnoses and treatment within 48 hrs. of an accident and various hospital services in connection with various minor medical and surgical procedures.</p>	<p>Within Canada:</p> <p><i>In-patient only</i> for</p> <p>a) emergencies and</p> <p>b) with prior approval of Commission of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician.</p> <p>Outside Canada:</p> <p>Ward rate up to \$100 per day plus 75% of the remainder except for infants less than 15 days old, then \$11 per day.</p>	None	<p>Health Services and Insurance Commission, Lord Nelson Building, 5675 Spring Garden Road, Halifax, N.S. B3J 1H2</p>
PRINCE EDWARD ISLAND	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> laboratory procedures as specified; radiological procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biological and related preparation for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as in-patient services.</p>	<p>Within Canada:</p> <p>1) emergency,</p> <p>2) with approval of Commission, <i>in-patient</i> and <i>out-patient</i> services.</p> <p>Outside Canada</p> <p><i>In-patient services only</i> to maximum of \$70 per day as per 1) and 2) above.</p>	None	<p>Hospital Services Commission of Prince Edward Island, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I.</p>



**TABLE 1 — PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS (Concluded)**

PROVINCE	EXTRA BENEFITS (a)	PLAN ADDRESS	PREMIUM PER MONTH (b)
NEWFOUNDLAND		Newfoundland Medical Care Insurance Commission, Elizabeth Towers, Elizabeth Avenue, St. John's, Newfoundland.	None
YUKON TERRITORY (g)		Yukon Health Care Insurance Plan, P.O. Box 2703, Whitehorse, Yukon.	Single — \$ 6.50 Couple — \$12.50 Family — \$14.50
NORTHWEST TERRITORIES		N.W.T. Health Care Plan Government of the N.W.T., Yellowknife, N.W.T. X0E 1H0	None

- (a) These extra benefits are provided generally on a limited basis. For specific details, information may be obtained from the provincial plan. The federal government is not contributing towards the costs of these extra benefits.
- (b) The premiums given in the table are those for persons who do not qualify for premium assistance on account of limited income. The provisions for assistance vary from province to province.
- (c) Licensed carriers limited to group coverage.
- (d) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.
- (e) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.
- (f) There is, however, a provincial income tax surcharge which requires married persons with a net income exceeding \$5,200 and single persons with a net income exceeding \$2,600 to contribute 0.8 % of their net income for this coverage. The maximum annual contribution is \$125.00 for tax-paying employees who derive at least three-quarters of their incomes from their salaries or wages and \$200.00 in other cases.
- (g) Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums.

January 1, 197

**TABLE 2 — PROVINCIAL HOSPITAL INSURANCE PLANS (Concluded)**

PROVINCE	BENEFITS COST-SHARED	OUT-OF-PROVINCE BENEFITS (Cost-Shared)	AUTHORIZED CHARGES	PLAN ADDRESS
NEWFOUNDLAND	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy, where available, occupational therapy, where available, out-patient visits, emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.	Same benefits as provided in the province.	None	Department of Health, Confederation Building, St. John's, Newfoundland.
YUKON TERRITORY	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examinations; day care surgical services.	<i>In-patient:</i> Rate approved for hospital by its own provincial plan. <i>Out-patient:</i> Same benefits as in Territory. Outside Canada: Maximum applied as to rate.	None	Yukon Hospital Insurance Services, P.O. Box 2703, Whitehorse, Yukon
NORTHWEST TERRITORIES	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures.	<i>In-patient:</i> Rate approved for hospital by its own provincial plan less N.W.T. co-insurance. <i>Out-patient:</i> Same benefits as in N.W.T. Outside Canada: Up to maximum specified rate.	<i>In-patient:</i> \$1.50 co-insurance per day for adults and children and newborns.	N.W.T. Health Care Plan, Government of the Northwest Territories, Yellowknife, N.W.T. X0E 1H0

These provincial plans also provide an extensive nursing home benefit. These benefits are not cost-shared under the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act.

**TABLE 3 ACTUAL VERSUS ESTIMATED ENROLMENT AND PER CAPITA COST**  
**TABLEAU 3 CHIFFRES RÉELS ET ESTIMATIFS DU NOMBRE D'ASSURÉS ET COÛT PAR HABITANT**  
**1973-74**

Province	Estimated No. of Insured Persons (a) Nombre estimatif d'assurés (a)	Actual No. of Insured Persons (b) Nombre réel d'assurés (b)	Estimated per Capita Cost Coût estimatif par habitant	Actual per Capita Cost Coût réel par habitant
Newfoundland — Terre-Neuve	541,000	538,000	35.49	37.98
Prince Edward Island — Île-du-Prince-Édouard	113,000	114,000	42.60	41.68
Nova Scotia — Nouvelle-Écosse	790,000	793,000	50.93	48.99
New Brunswick — Nouveau-Brunswick	644,000	649,000	41.12	41.00
Quebec — Québec	6,070,000	6,083,000	60.18	61.17
Ontario	7,888,000	7,957,000	72.86	69.27
Manitoba	1,021,000	1,024,000	50.83	52.65
Saskatchewan	920,000	910,500	50.68	49.61
Alberta	1,704,000	1,717,000	58.61	54.96
British Columbia — Colombie-Britannique	2,314,000	2,330,000	69.41	69.85
Yukon	20,000	20,000	61.75	57.20
Northwest Territories — Territoires du Nord-Ouest	38,000	37,000	43.95	45.04
Canada	22,063,000	22,172,500	63.12	61.92

(a) Used for calculating advance payments to provinces.

(b) Used for calculating actual cost to provinces.

(a) Utilisé pour le calcul des paiements anticipés faits aux provinces.

(b) Utilisé pour le calcul du coût réel supporté par les provinces.

TABLE 4  
TABLEAU 4

MEDICAL CARE — SOINS MÉDICAUX  
FEDERAL CONTRIBUTION — CONTRIBUTION FÉDÉRALE  
1973-74

	Nfld. T.-N.	P.E.I. I.-P.-E.	N.S. N.-E.	N.B. N.-B.	Qué. Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta. Alb.	B.C. C.-B.	Yukon	N.W.T. T.N.-O.	Canada
Net Population (Oct. 1, 1973) Population nette (1er oct. 1973)	538,000	114,000	793,000	649,000	6,083,000	7,957,000	995,000	902,000	1,686,000	2,330,000	20,000	37,000	22,104,000
Average Number of Insured Persons Nombre moyen d'assurés	538,000	114,000	793,000	649,000	6,083,000	7,957,000	1,024,000	910,500	1,717,000	2,330,000	20,000	37,000	22,172,500
Cost of Insured Services Coût des services assurés	20,432,491	4,751,482	38,849,111	26,609,194	372,119,312	551,164,006	53,910,308	45,169,019	94,368,031	162,757,882	1,144,091	1,666,563	1,372,941,490
Per Capita Cost of Insured Services Coût par capita des Services assurés	37.98	41.68	48.99	41.00	61.17	69.27	52.65	49.61	54.96	69.85	57.20	45.04	61.92
50% Nat. Per Capita Cost 50% du coût national per capita													30.96
Total Federal Contributions Total des contributions fédérales	\$16,656,726	3,529,492	24,551,643	20,093,337	188,332,463	246,352,361	31,703,508	28,189,497	53,159,106	72,137,866	619,209	1,145,537	686,470,745

PAID AS FOLLOWS:  
PAYÉES COMME SUIT:

a) Advances: i) during 1973-74 ii) during 1974-75 b) Final payment in 1974-75 Versement final en 1974-75	a) Avances: i) durant 1973-74 ii) durant 1974-75 b) Paiement final en 1974-75	15,367,200 644,700 644,826	3,210,000 159,700 159,792	22,440,000 1,055,800 1,055,843	18,292,800 900,300 900,337	172,417,200 7,957,200 7,958,063	224,056,800 11,147,200 11,148,361	29,001,600 1,350,900 1,351,008	26,132,400 1,028,500 1,028,597	48,402,000 2,378,400 2,378,706	567,600 25,800 25,809	1,078,800 33,400 33,337	626,695,200 29,886,200 29,889,345
Total Federal Contributions Total des contributions fédérales		\$16,656,726	3,529,492	24,551,643	20,093,337	188,332,463	246,352,361	31,703,508	28,189,497	53,159,106	619,209	1,145,537	686,470,745

NOTE: The federal contribution is the amount payable to the provinces under the Medical Care Act with respect to cost of insured services rendered by physicians and paid to them by the provinces. The total federal contribution with respect to a particular fiscal year is paid over a period of two fiscal years as follows:  
— Monthly advances paid during the year equal to 90% of the estimated federal contribution calculated prior to the commencement of the fiscal year.  
— Advance on final payment, paid in the following fiscal year, equal to 50% of the estimated adjustment based on unaudited reports of the actual costs from each province.  
— Final adjustment payment, paid in the following fiscal year, equal to the difference between the actual contributions as calculated on the basis of audited cost reports from each province and the amount of the advances previously paid.

NOTE: La contribution fédérale est le montant payable aux provinces en vertu de la Loi sur les soins médicaux en ce qui a trait au coût des services assurés rendus par les médecins et qui leur est versé par les provinces. La contribution fédérale totale ayant trait à une année financière est payée sur une période s'étendant sur deux années financières comme suit:  
— des avances mensuelles payées durant l'année équivalent à 90% des estimations de la contribution fédérale calculée avant le commencement de l'année financière;  
— une avance de l'ajustement du paiement final payée durant l'année financière suivante et représentant 50% de l'estimation du coût réel de chaque province en vertu des rapports non vérifiés;  
— paiement de l'ajustement final, versé au cours de l'année financière suivante et égal à la différence entre les contributions réelles telles qu'elles sont calculées selon les rapports vérifiés et les montants payés antérieurement.



**TABLE 5  
TABLEAU 5**

**PAYMENTS TO PROVINCES IN 1973-74  
VERSEMENTS AUX PROVINCES EN 1973-74**

	Total of Monthly Advance Payment for 1973-74 Total des avances mensuelles en 1973-74	Payment of 50% Estimated Final Adjustment for 1972-73 Versements de 50% de la prévision de redressement final de 1972-73	Payment of Remainder of Final Adjustment for 1972-73 Redressement final de 1972-73	Total Payments in 1973-74 Total des paiements en 1973-74
Newfoundland Terre-Neuve	15,367,200	723,700	619,575	16,710,475
Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard	3,210,000	179,300	157,326	3,546,626
Nova Scotia Nouvelle-Écosse	22,440,000	1,272,400	1,119,803	24,832,203
New Brunswick Nouveau-Brunswick	18,292,800	948,000	823,392	20,064,192
Quebec Québec	172,417,200	7,072,800	5,895,531	185,385,531
Ontario	224,056,800	9,366,200	9,917,637	243,340,637
Manitoba	29,001,600	1,195,300	987,684	31,184,584
Saskatchewan	26,132,400	963,100	616,694	27,712,194
Alberta	48,402,000	1,871,300	2,426,968	52,700,268
British Columbia Colombie-Britannique	65,728,800	2,703,700	2,264,137	70,696,637
Yukon	567,600	36,900	33,283	637,783
Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest	1,078,800	36,900	20,194	1,135,894
<b>TOTAL</b>	<b>626,695,200</b>	<b>26,369,600</b>	<b>24,882,224</b>	<b>677,947,024</b>

**NOTE:** Payments in a particular fiscal year are the amounts actually paid to the provinces by the federal government and consist of:

- (a) Advance payments equal to 90% of the estimated contributions calculated prior to the commencement of the fiscal year;
- (b) Advance payments equal to 50% of the estimated final adjustment for previous fiscal year based on unaudited report of actual cost from each province;
- (c) The final adjustment payment with respect to the previous fiscal year equal to the difference between the actual contributions, as calculated on the basis of audited costs, and advances previously paid.

**NOTE:** Les paiements effectués dans une année financière particulière sont les montants payés aux provinces par le gouvernement fédéral et consistent en:

- (a) des avances égales à 90% de l'estimation des contributions calculées avant le commencement de l'année financière;
- (b) une avance égale à 50% de l'estimation de l'ajustement du paiement final pour l'année financière antérieure et calculée au moyen des rapports non vérifiés sur le coût réel de chaque province;
- (c) le paiement de l'ajustement final pour l'année financière antérieure égal à la différence entre les contributions réelles telles qu'elles sont calculées selon les rapports vérifiés et les montants versés antérieurement.

TABLE 6(A)  
TABLEAU 6(A)

**MEDICAL CARE ACT**  
**Cost of Insured Services by Province**  
**1968-69 to 1973-74**

**LOI SUR LES SOINS MÉDICAUX**  
**Coût des services assurés par province**  
**de 1968-1969 à 1973-1974**

	Estimated Costs as used for Calculation of Advance Payments				Costs estimatifs utilisés pour le calcul des versements anticipés			
	1968-69	1969-70	1970-71		1971-72	1972-73	1973-74	TOTAL
Newfoundland Terre-Neuve	—	12,285,800	15,125,895		16,695,000	17,017,000	19,200,000	80,323,695
Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard	—	—	603,075		3,978,335	4,463,800	4,814,000	13,859,210
Nova Scotia Nouvelle-Écosse	—	23,579,100	30,507,258		33,356,774	35,668,000	40,235,000	163,346,132
New Brunswick Nouveau-Brunswick	—	—	1,859,618		25,016,433	22,493,930	26,479,000	75,848,981
Quebec Québec	—	—	81,406,966		336,729,000	338,439,708	365,301,000	1,121,876,674
Ontario	—	132,455,834	428,687,082		472,148,340	541,075,721	574,709,413	2,149,076,390
Manitoba	—	41,909,747	50,800,000		56,556,730	58,227,000	51,900,000	259,393,477
Saskatchewan	20,929,879	32,755,008	33,950,034		38,573,360	46,259,000	46,629,586	219,096,867
Alberta	—	44,241,854	80,226,179		89,983,943	95,368,444	99,875,900	409,696,320
British Columbia Colombie-Britannique	52,329,000	105,995,660	117,647,000		135,123,570	147,200,456	160,607,748	718,903,434
Yukon	—	—	—		—	1,164,240	1,235,000	2,399,240
Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest	—	—	—		1,384,000	1,355,326	1,670,000	4,409,326
TOTAL	73,258,879	393,323,003	840,813,107		1,209,545,485	1,308,732,625	1,392,656,647	5,318,229,746

NOTE: In the case of Ontario, Manitoba and Saskatchewan certain laboratory costs were transferred from the Medical Care Program to the Hospital Care Program. Such a transfer reduced Manitoba's Medical Care cost in 1972-73 by \$9,103,300, of which \$4,420,900 was retroactive to 1971-72. The transfer of these costs was not reflected in the Manitoba advance estimates for 1972-73. In Ontario the total cost of services transferred in 1971-72 was \$14,167,500 of which only \$7,506,000 had been taken into account in the advance estimates for that year. Saskatchewan transferred \$1,635,700 in 1973-74 of which \$1,400,000 had been taken into account in the advance estimates for that year. If these transfers had been fully reflected in the advance estimates, the aggregate advance estimates would have amounted to \$5,202 million instead of \$5,218 million.

NOTE: Dans le cas de l'Ontario, du Manitoba et de la Saskatchewan, le coût de certains frais d'analyses a été transféré du régime d'assurance-maladie au régime d'assurance-hospitalisation. Ce transfert a réduit les coûts d'assurance-médicale en 1972-1973 de \$9,103,300, dont \$4,420,900 rétroactivement à 1971-1972. Les prévisions anticipées (pour 1972-1973) du Manitoba n'ont pas tenu compte de ce transfert. En Ontario, le montant total des services transférés, en 1971-1972, était de \$14,167,500, dont seulement \$7,506,000 figuraient dans les prévisions anticipées pour cette même année. La Saskatchewan a transféré un montant de \$1,635,700 en 1973-1974, dont \$1,400,000 apparaissent dans les prévisions anticipées pour cette même année. Si les prévisions anticipées globales auraient atteint \$5,202 millions au lieu de \$5,218 millions.

TABLE 6(B)  
TABLEAU 6(B)

**MEDICAL CARE ACT**  
**Cost of Insured Services by Provinces**  
**1968-69 to 1973-74**

**Final Costs for Calculating of Final Contributions**

	Date of Entry Date d'adhésion	1968-69	1969-70	1970-71	1971-72	1972-73	1973-74	TOTAL	Costs under (over) estimates Différence en moins (ou en plus) sur les estimations
Newfoundland Terre-Neuve	April 1, 1969 1er avril 1969	—	12,262,217	14,969,628	15,763,046	17,083,171	20,432,491	80,510,553	(186,858)
Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard	December 1, 1970 1er décembre 1970	—	—	606,410	4,294,957	4,595,645	4,751,482	14,248,494	(389,284)
Nova Scotia Nouvelle-Écosse	April 1, 1969 1er avril 1969	—	21,581,606	30,339,834	32,935,739	36,179,835	38,849,111	159,886,125	3,460,007
New Brunswick Nouveau-Brunswick	June 1, 1971 1er juin 1971	—	—	2,105,138	21,139,685	24,060,926	26,609,194	73,914,943	1,934,038
Quebec Québec	November 1, 1970 1er novembre 1970	—	—	66,877,475	303,441,409	338,298,891	372,119,312	1,080,737,087	41,139,587
Ontario	October 1, 1969 1er octobre 1969	—	124,067,686	441,452,947	479,716,124	531,455,985	551,164,006	2,127,856,748	21,219,642
Manitoba	April 1, 1969 1er avril 1969	—	39,423,819	53,040,698	54,957,880	47,166,614	53,910,308	248,499,319	10,894,158
Saskatchewan	July 1, 1968 1er juillet 1968	17,877,073	30,788,926	34,571,462	40,025,240	43,418,094	45,169,019	211,849,814	7,247,053
Alberta	July 1, 1969 1er juillet 1969	—	41,756,736	82,582,484	86,572,984	92,989,631	94,368,031	398,269,866	11,426,454
British Columbia Colombie-Britannique	July 1, 1968 1er juillet 1968	50,058,739	106,942,396	121,863,469	132,459,901	142,763,467	162,757,882	716,845,854	2,057,580
Yukon	April 1, 1972 1er avril 1972	—	—	—	—	732,435	1,144,091	1,876,526	522,714
Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest	April 1, 1971 1er avril 1971	—	—	—	1,028,687	1,618,955	1,666,563	4,314,205	95,121
<b>TOTAL</b>		<b>67,935,812</b>	<b>376,823,386</b>	<b>848,409,545</b>	<b>1,172,335,652</b>	<b>1,280,363,649</b>	<b>1,372,941,490</b>	<b>5,118,809,534</b>	<b>99,420,212</b>

NOTE: The cost of insured services includes only actual payments made by provincial plans to doctors or their employers with respect to insured services under the Medical Care Act during the particular fiscal year, regardless of when such services were rendered. Because of the transfer of certain laboratory costs from the Medical Care Program to the Hospital Care Program in three provinces, actual costs in the years when the transfer occurred, as well as in subsequent years, were lower than they would have been if the transfers had not taken place. (See footnote to Table 6(A) for details of the amounts transferred.)

NOTE: Le coût des services assurés comprend seulement les paiements versés par les régimes provinciaux aux médecins ou à leurs employeurs pour des services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux, au cours de l'année fiscale en cause, sans égard au moment où ces services ont été rendus. En raison des transferts, dans trois provinces du coût de certains frais d'analyses, du Régime d'assurance-maladie au Régime d'assurance-hospitalisation, les coûts réels pour les années où ces transferts ont été réalisés, de même que pour les années suivantes, sont moins élevés qu'ils ne l'auraient été si les transferts n'avaient pas eu lieu. (Voir la note explicative du Tableau 6(A) qui fournit des précisions sur les sommes transférées.)

**LOI SUR LES SOINS MÉDICAUX**  
**Coût des services assurés par province**  
**de 1968-1969 à 1973-1974**

**Coûts finals utilisés pour le calcul des contributions définitives**

Coûts redressés<sup>(a)</sup> par personne des services assurés  
et modifications des pourcentages au Canada, par province,  
de 1968-1969 à 1973-1974

(a) *Adjustments include:* 1) Actual costs for the first year of participation were annualized (i.e. calculated costs were based upon the assumption that provinces had fully participated for the entire fiscal year); 2) cost of the number of insured persons were normalized, *i.e.* to remove the effects of switching from year to year; 3) *per capita* (costs population estimates, where applicable); 3) in provinces where responsibility for certain radiology and laboratory services was transferred, for purposes of federal-provincial cost-sharing, from the medical care to the hospital care insurance plan; 4) Ontario, Manitoba and Saskatchewan; 5) the federal health insurance program; 6) other provinces; 7) the territories; 8) the provinces of Quebec, New Brunswick, Nova Scotia, Prince Edward Island, and the Northwest Territories. No adjustments were made for year-end changes in claims-inventories, *i.e.* for year-to-year changes in the estimated value of services rendered, but not paid, at the end of the fiscal year.

21



TABLEAU 2 — RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION (Fin)

PROVINCE	TERRE-NEUVE	YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	(a) Ces régimes provinciaux offrent également une forte indemnité pour les maisons de repos. Ces prestations ne sont pas partagées en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services de diagnostic.
INDÉMNITÉS À FRAIS PARTAGÉS	INDÉMNITÉS À FRAIS PARTAGÉS	INDÉMNITÉS À FRAIS PARTAGÉS	INDÉMNITÉS À FRAIS PARTAGÉS	INDÉMNITÉS À FRAIS PARTAGÉS
L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE (Frais partagés)	L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE (Frais partagés)	L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE (Frais partagés)	L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE (Frais partagés)	L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE (Frais partagés)
Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Ministère de la Santé, Immeuble de la Confédération, SAINT-JEAN (T.-N.).	Ministère de la Santé, Immeuble de la Confédération, SAINT-JEAN (T.-N.).	Service d'assurance-hospitalisation du Yukon, B.P. 2703, WHITEHORSE (Yukon).	Régime de l'assurance-santé des Territoires du Nord-Ouest, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, YELLOWKNIFE (T. du N.-O.) XOE IHO	Régime de l'assurance-santé des Territoires du Nord-Ouest, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, YELLOWKNIFE (T. du N.-O.) XOE IHO
Mêmes indemnités que dans la province.	Mêmes indemnités que dans la province.	Mêmes indemnités que dans la province.	Mêmes indemnités que dans les Territoires du Nord-Ouest. A l'extérieur du Canada: jusqu'au tarif maximum spécifié.	Mêmes indemnités que dans les Territoires du Nord-Ouest. A l'extérieur du Canada: jusqu'au tarif maximum spécifié.
Malades hospitalisés: salle commune et tous les services approuvés disponibles.	Malades hospitalisés: salle commune et tous les services approuvés disponibles.	Malades hospitalisés: salle commune et tous les services approuvés disponibles.	Malades hospitalisés: les services approuvés disponibles.	Malades hospitalisés: les services approuvés disponibles.
Malades non hospitalisés: autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; radiothérapie et physiothérapie, si ces services sont offerts; ergothérapie, si disponible, visites aux malades non hospitalisés, visites d'urgence, salle d'opération et tous les appareils et fournitures, moulanges en plâtre, médicaments et appareils médicaux et chirurgicaux utilisés dans un hôpital.	Malades non hospitalisés: autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; radiothérapie et physiothérapie, si ces services sont offerts; ergothérapie, si disponible, visites aux malades non hospitalisés, visites d'urgence, salle d'opération et tous les appareils et fournitures, moulanges en plâtre, médicaments et appareils médicaux et chirurgicaux utilisés dans un hôpital.	Malades non hospitalisés: laboratoire, radiologie et autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement de blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui font partie du travail ordinaire du médecin; services chirurgicaux de jour.	Malades non hospitalisés: traitement d'urgence et post-hospitalier de blessures; examens radio-logiques médicalement requis et analyses nécessaires au diagnostic; examens de laboratoire; interventions chirurgicales mineures.	Malades non hospitalisés: traitement d'urgence et post-hospitalier de blessures; examens radio-logiques médicalement requis et analyses nécessaires au diagnostic; examens de laboratoire; interventions chirurgicales mineures.

TABLEAU 1 — RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE (Fin)

PROVINCE	GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES (a)	ADRESSE	PRIME MENSUELLE (b)
TERRE-NEUVE		Commission de l'assurance médicale de Terre-Neuve, Tours Elizabeth, Avenue Elizabeth, SANT-JEAN (T.N.)	Aucune
YUKON (g)	Régime de l'assurance-santé du Yukon, B.P. 2703, WHITEHORSE (Yukon).	Couple — \$12,50 Famille — \$14,50	
TERritoires du NORD-OUEST	Régime de l'assurance-santé des Territoires du Nord-Ouest, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, YELLOWKNIFE (T. du N.-O.), X0E 1H0	Aucune	
<p>(a) Ces garanties supplémentaires sont généralement limitées. Pour plus de précisions, s'adresser au régime de la province. Le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces garanties supplémentaires.</p> <p>(b) Les primes indiquées dans le tableau s'appliquent aux personnes qui n'ont pas droit à l'assistance accordée aux personnes à faible revenu. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.</p> <p>(c) Compagnies autorisées limitées à l'assurance-groupe.</p> <p>(d) Exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si l'un des membres de l'unité familiale est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport à l'assurance médicale.</p> <p>(e) L'aux pour l'assurance médicale et l'assurance-hospitalisation depuis au moins les 12 derniers mois.</p> <p>(f) Les gens mariés dont le revenu net dépasse \$2,600 sont tenus de verser 0,8 p. 100 de leur revenu net pour cette assurance. La contribution annuelle maximale est de \$125 pour les contribuables salariés dont au moins les trois quarts du revenu proviennent de salaires ou traitements et \$200 pour les autres.</p> <p>(g) La garantie dépend de la résidence et non de l'acquisition des primes.</p>			

TABLEAU 2 — RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION (suite)

PROVINCE	INDEMNITÉS À FRAIS	FRAIS AUTORISÉS	ADRESSE
NOUVELLE-ÉCOSSE	<p><i>Malades hospitalisés:</i> salle commune et tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés:</i> vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, comprenant: analyses de laboratoire médicalement nécessaires, examens électrocardiographiques et radiologiques, radiothérapie pour maladies malignes ou bénignes, électrocardiogrammes, établissements de physiothérapie, s'il y en a, divers médicaments, services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, hémodialyse, méthodes diagnostiques au moyen des ultrasons et analyse des résultats, électrocardiogramme et analyse des résultats, divers cas d'urgence traités dans les 24 heures suivant un accident et divers services hospitaliers relatifs à des interventions chirurgicales ou médicales mineures.</p>	Aucun	Commission de l'assurance et des services de santé, Immeuble Lord Nelson, 5675, chemin Spryng Garden, HALIFAX (N.-É.), B3J 1H2
EDOUARD-LE-DU-PRINCE	<p><i>Malades hospitalisés:</i> salle commune et tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés:</i> examens de laboratoire tels qu'ils sont précisés; tels qu'ils sont précisés; services de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radio-actifs, médicaments, substances biologiques et autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services indiqués comme services aux malades hospitalisés.</p>	<p>Au Canada: 1) urgence 2) services aux malades hospitalisés et non hospitalisés avec l'approbation de la Commission.</p> <p>A l'extérieur du Canada: services aux malades hospitalisés seulement: maximum de \$70 par jour, aux conditions indiquées en 1) et 2).</p>	Commission des services hospitaliers de l'Île-du-Prince-Édouard, B.P. 4500, CHARLOTTETOWN (I.-du-P.-É.)

TABLERAU 1 — RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE (suite)

PROVINCE	GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES (a)	ADRESSE	PRIME MENSUELLE (b)
NOUVELLE-ÉCOSSE	Examen de la vue.	Commission de l'assurance et des services de santé, Immeuble Lord Nelson, 5675, chemin Spring Garden, HALIFAX (N.-É.), B3J 1H2	Aucune

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	Commission des services de santé, B.P. 4500, CHARLOTTETOWN (Î.-du-P.-É.).	Aucune
-----------------------	---	--------



TABLEAU 2 — RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION (suite)

INDÉMNITÉS À FRAIS PARTAGÉS	FRAIS AUTORISÉS	ADRESSE
<p><b>INDÉMNITÉS À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE</b></p> <p><b>Malades hospitalisés:</b> salle commune et tous les services disponibles.</p> <p><b>Malades non hospitalisés:</b> certains services psychiatriques, services d'urgence (24 h), interventions chirurgicales mineures, radiographie, analyses de laboratoire et examens connexes, physiothérapie, orthopédie médicale, ergothérapie, audiologie, orthophonie et radiothérapie.</p>	<p><b>Au Canada:</b> <i>Malades hospitalisés:</i> tarif de la salle commune approuvé.</p> <p><i>Malades non hospitalisés:</i> certains services psychiatriques, services d'urgence (24 h), interventions chirurgicales mineures, radiographie, analyses de laboratoire et examens connexes, physiothérapie, orthopédie médicale, ergothérapie, audiologie, orthophonie et radiothérapie.</p> <p><b>A l'extérieur du Canada:</b> de l'hôpital en cause.</p>	<p>Ministère des Affaires sociales, Edifice Joffe, 1075, chemin Ste-Foy, QUÉBEC (Québec), G1A 1B9</p>
<p><b>INDÉMNITÉS À FRAIS PARTAGÉS</b></p> <p><b>Malades hospitalisés:</b> salle commune et tous les services disponibles.</p> <p><b>Malades non hospitalisés:</b> Tous les services approuvés disponibles.</p>	<p><b>Au Canada:</b> <i>Malades hospitalisés:</i> protection complète au tarif de la salle commune approuvée par le régime hospitalier de la province.</p> <p><i>Malades non hospitalisés:</i> totalité des frais des services assurés au tarif approuvé par le régime hospitalier de la province.</p> <p><b>A l'extérieur du Canada:</b> <i>Malades hospitalisés:</i> tous les frais ne dépassant pas le tarif moyen de la salle commune (en arrondissant les chiffres) des trois plus grands hôpitaux de la province.</p> <p><i>Malades non hospitalisés:</i> services assurés aux malades non hospitalisés aux tarifs de la province.</p>	<p>Division de l'assurance médicale, Boite 5100, FREDERICTON (N.-B.), E3B 5G4</p>

TABLEAU 1 — RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE (suite)

PROVINCE	GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES (a)	ADRESSE	PRIME MENSUELLE (b)
QUÉBEC	Optométrie, chirurgie buccale effectuée dans un établissement universitaire. Prestation pour les médicaments (pour les assistés sociaux et les bénéficiaires de la pension de vieillesse maximale et du supplément).	Régie de l'assurance-maladie du Québec, B.P. 6600, QUÉBEC (Québec), G1A 1B9	Aucune (f)

NOT REALT.  
BRUNSWICK

Ministère de la Santé,  
Division de l'assurance médicale,  
Boite 5100,  
FREDERICTON (N.-B.),  
E3B 5G4

Aucune

TABLEAU 2 — RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION (Suite)

PROVINCE	INDEMNITÉS À FRAIS PARTAGÉS	FRAIS AUTORISÉS	ADRESSE
SASKATCHEWAN	<p><i>Malades hospitalisés:</i> salle commune et tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés:</i> dans la mesure où un hôpital peut assurer le service.</p>	Au Canada: maximum du tarif et du nombre de jours de soins.	Régime des services hospitaliers de la Saskatchewan. Ministère de la Santé publique. Immeuble provincial de la Santé, 3211, rue Albert REGINA (Saskatchewan).
MANITOBA (a)	<p><i>Malades hospitalisés:</i> salle commune et tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés:</i> tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements.</p>	Au Canada: tarif approuvé par le régime hospitalier de la province. A l'extérieur du Canada: la plus élevée de ces deux sommes: 75 p. 100 des frais ou une allocation quotidienne, dans les cas suivants:	Commission des services sanitaires du Manitoba, 599, rue Empress, WINNIPEG (Manitoba), R3C 2T6
ONTARIO (a)	<p><i>Malades hospitalisés:</i> salle commune et tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés:</i> vaste éventail de services essentiels, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, radiothérapie, aérosol-thérapie et autres services hospitaliers médicalement nécessaires.</p>	Plein tarif des autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les charges d'établissement de la province en cause.	Régime d'assurance-maladie de l'Ontario — Hamilton 25, rue Main 482-1111 London 75, rue Albert 227, av. Queens 433-4561 Mississauga 55, City Centre Dr. 200, av. Bay 275-2730 Sudbury 295, rue Bond 675-9111 Windsor 1427, av. Ouellette 258-7560
		Aucun	
		Aucun	

TABLEAU 1 — RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE (suite)

PROVINCE	GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES (a)	ADRESSE	PRIME MENSUELLE (b)
SASKATCHEWAN	Ophtalmétrie, chiropraxie, services demandés à un dentiste pour le traitement d'une fissure palatine et pour des travaux d'orthodontie (Programme de subventions pour prothèses auditives).	Commission de l'assurance médicale de la Saskatchewan, Immeuble de la Santé provinciale, 3211, rue Albert, REGINA (Saskatchewan) S4S 0A8	Aucun

MANITOBA	Ophtalmétrie, chiropraxie. Prothèses et certains appareils orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, services prescrits par un médecin. Lentilles corréennes requises après opération d'une cataracte congénitale. Veux artificiels. (Régime d'assurance pour les produits pharmaceutiques pour les personnes de plus de 65 ans — administré par le ministère de la Santé et du Développement social.)	Commission des services de santé du Manitoba, 599, rue Empress, WINNIPEG (Manitoba), R3C 2T6	Aucune
----------	---	---	--------

ONTARIO	Ophtalmétrie, chiropraxie, podiatrie, ostéopathe (Prestations aux malades non hospitalisés pour le coût des traitements de physiothérapie et les frais des services d'ambulance.) Régime de soins à domicile.	Hamilton 25, rue Main ouest 528-3481 Ottawa 75, rue Albert 237-9100 Mississauga 55, City Centre Drive 275-2730 Sudbury 295, rue Bond Kingston 1055, rue Princess 546-3811 Windsor 1427, av. Ouellette 258-7560	Célibataire — \$11(e) Couple — \$22(e) Famille — \$22(e)
	Régime de l'assurance médicale de l'Ontario	Toronto 2195, rue Yonge (Eglinton) 482-1111 London 227, av. Queens 433-4561 Thunder Bay 200 sud av. Syndicate 623-5131	



TABLEAU 2 — RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION

PROVINCE	INDÉMENTÉS À FRAIS PARTAGÉS	L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE (Frais partagés)	FRAIS AUTORISÉS	ADRESSE	
COLUMBIE-BRITANNIQUE	<p><i>Malades hospitalisés:</i> salle commune, tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés:</i> services d'urgence, interventions chirurgicales mineures, services de chirurgie de jour, traitement des cancéreux non hospitalisés, soins psychiatriques de jour et de nuit, services de réadaptation dispensés de jour, services de traitement de la toxicomanie, services de physiothérapie, traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie aux malades non hospitalisés (dans les hôpitaux désignés).</p>	<p>a) Aux malades hospitalisés dans les 12 premiers mois d'absence temporaire de la province, soins en salle commune pour les adultes et les enfants sauf les nouveau-nés.</p> <p>b) \$2 pour tout service d'urgence ou intervention chirurgicale mineure à un malade non hospitalisé.</p> <p>c) \$2 par jour pour les services de chirurgie de jour.</p> <p>d) \$1 pour les soins aux adultes non hospitalisés.</p> <p>e) \$1 pour les soins psychiatriques de jour ou de nuit et pour les services psychiatriques aux malades non hospitalisés.</p> <p>f) \$1 pour les services de physiothérapie aux malades non hospitalisés.</p> <p>g) \$1 pour les services de jour aux diabétiques.</p> <p>h) \$1 pour les services de réadaptation de jour.</p>	<p>Adultes et enfants: sauf les nouveau-nés: \$5 pour le premier jour dans les hôpitaux généraux.</p> <p>Hôpitaux auxiliaires: \$3 par jour après 120 jours d'hospitalisation.</p>	<p>Commission des Services hospitaliers de l'Alberta, B.P. 2222, 6e étage, 9912 - 107e rue, EDMONTON (Alberta), T5J 2P4</p>	
ALBERTA (a)	<p><i>Malades hospitalisés:</i> salle commune et tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés:</i> 100 p. 100 du coût de tous les services externes offerts par l'hôpital; 100 p. 100 du coût de tous les services de diagnostic et de psychothérapie offerts dans des établissements approuvés en dehors des hôpitaux; 100 p. 100 du coût de tous les services externes rendus dans les cliniques provinciales de cancer et les laboratoires provinciaux.</p>	<p><i>Malades hospitalisés:</i> 100 p. 100 du coût des services approuvés offerts au Canada. A l'extérieur du Canada, la moins élevée de ces deux sommes: \$50 par jour ou le coût réel, moins les frais autorisés.</p> <p><i>Malades non hospitalisés:</i> 100 p. 100 du coût de tous les services offerts dans les hôpitaux du Canada aux taux approuvés. A l'extérieur du Canada, coût réel pour les services de moins de \$25; pour ceux de plus de \$25, la plus petite de ces deux sommes: le montant demandé par l'hôpital ou le montant payable en Alberta (minimum \$25).</p>		<p>Commission des Services hospitaliers de l'Alberta, B.P. 2222, 6e étage, 9912 - 107e rue, EDMONTON (Alberta), T5J 2P4</p>	

TABLEAU 1 — RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE  
INDÉMNITÉS: TOUTS LES SERVICES DE MÉDECINS MÉDICALEMENT REQUIS ET CERTAINS SERVICES  
CHIRURGICAUX-DENTAIRES DISPENSÉS DANS UN HÔPITAL PAR UN DENTISTE. CES  
INDÉMNITÉS SONT ASSURÉES CONJOINTEMENT PAR LES PROVINCES ET LE  
GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

PROVINCE	SUPPLÉMENTAIRES (a)	ADRESSE	PRIME MENSUELLE (b)
COLUMBIE BRITANNIQUE	Optométriste, chiropraxie, naturo- pathie, physiothérapie, podologie, soins orthopédiques, services des infir- miers de la Croix-Rouge, de l'Ordre de Victoria ou infirmières particu- lières, services orthodontiques pour l'assurance palatine ou bec-de-lièvre (Produits de prescription gratuits pour les personnes de plus de 65 ans et partiellement payés pour les per- sonnes de moins de 65 ans recevant du programme 90% du coût de la prime; programmes administrés par le ministère des Ressources humaines; Immeuble du Parlement, VICTORIA (C.B.)	Commission des services médicaux, Immeuble du Parlement, VICTORIA (C.-B.) (Pour obtenir un contrat d'assurance, s'adresser au Régime des services médicaux de la Colombie-Britannique, 1410, rue du Gouvernement, VICTORIA (C.-B.) ou aux compagnies autorisées) (c)	Célibataire — \$ 5 Couple — \$10 Famille — \$12,50

ALBERTA	Soins dispensés par des chirurgiens dentistes conformément aux règle- ments, optométrie, chiropraxie, soins podiatriques et appareils. Une as- surance facultative est offerte par la commission qui donne, à prix réduit, des cartes de membre de la Croix-Bleue de l'Alberta aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe. Pour les résidents de plus de 65 ans et les personnes à leur charge, le gouvernement assume en grande partie le coût des lunettes et en entier celui des prothèses audi- tives, ainsi que les frais des soins dentaires y compris les dentiers, l'appareillage médical et chirurgical et les fournitures.	Commission de l'assurance médicale de l'Alberta, B.P. 1360, EDMONTON (Alberta), T5J 2N3	Cél. — \$ 5,75(d) Couple — \$11,50(d) Famille — \$11,50(d)
---------	--	---	--

nombre d'assurés dans la province. Le coût annuel par personne de tous les services assurés par le programme national est égal au coût global de ces services qui est supporté par chaque des provinces participantes, divisé par le nombre d'assurés de chacune des provinces participantes. Etant donné que la contribution fédérale est calculée sur une base annuelle, la Loi sur les soins médicaux prévoit le paiement d'avances à titre de contributions. Il doit être de manière que les provinces ne soient pas tenues d'attendre le remboursement des montants qu'elles doivent verser aux médecins sur une base permanente. En vue d'activer le paiement des avances et, en même temps, de prévenir un probable redressement financier important à la fin de chaque année financière, la formule utilisée pour le calcul des paiements antcipés prévoit une retenue pouvant aller jusqu'à 10 p. 100 du montant dû à la province. La formule de calcul des paiements antcipés diffère donc de la formule de calcul de la contribution annuelle, du fait que 45 p. 100 du coût national est attribué par personne sont versés aux provinces, sous la forme d'avances à titre de contributions.

Sur réception des rapports définitifs des coûts pré-sentés par toutes les provinces participant à l'entente, les autorités provinciales compétentes, et vérifiées par les agents fédéraux, on verse aux provinces les derniers 5 p. 100 du coût national par personne, multipliés par le nombre d'assurés dans la province concernée, après redressement, en plus ou en moins, par rapport au coût réels.

## PRATIQUE FINANCIÈRE

Les prévisions relatives aux avances pour l'année financière 1973-1974 ont été de 1393 millions de dollars et les coûts réels ont atteint 1373 millions de dollars. Les versements calculés sur ces coûts réels ont été effectués au cours des années financières 1973-1974 et 1974-1975. Au cours de l'année financière 1973-1974, le gouvernement fédéral a versé aux provinces et aux territoires, en vertu de la Loi sur les soins médicaux, la somme globale de \$677 947 024 dont \$626 695 200 représentant les avances sur les dépenses de 1973-1974 et deux redressements pour l'année 1972-1973 totalisant \$51 251 824.

Les tableaux 4 et 5 indiquent le calcul des contributions fédérales et les versements effectués durant l'année financière 1973-1974. Les tableaux 6(A) et 6(B) donnent les coûts estimatifs et réels par province, pour chacune des années où elles ont participé au régime. On observera que les coûts totaux estimés pour la période de six ans ont été de 5218 millions de dollars et que les dépenses engagées ont été de 5119 millions de dollars.

Les coûts estimatifs qui sont présentés avant chaque année du régime tiennent compte des facteurs tels que les changements qui surviennent chez les assurés, l'utilisation des services assurés et les délais moyens entre la date du service, la demande de remboursement et son examen ainsi que la date du paiement. En outre, les allocations sont calculées en fonction des changements prévus dans le taux de versement (par exemple, les honoraires des médecins) et des transferts entre les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation. Quelques-unes des différences entre les coûts estimatifs et les coûts réels proviennent du transfert de cer-

tains frais d'analyses du régime d'assurance-maladie au régime d'assurance-hospitalisation. Ces transferts de coûts ne sont pas entés en ligne de compte, sinon en partie, dans la préparation des prévisions antcipées pour les années financières au cours desquelles les transferts ont été réalisés (Voir note explicative au tableau 6(A) et 6(B)). Environ les deux tiers des différences qui existent entre les prévisions antcipées globales et les coûts d'en-semble réels se sont produites au cours des deux premières années de participation au régime de chacune des provinces et peuvent découler en partie du manque d'expérience dans la prévision des coûts d'un nouveau programme d'envergure, et dans certains cas de l'optimisme injustifié manifesté à l'égard du délai moyen entre la date de prestation du service et la date de versement accéléré qu'un nouveau régime peut permettre.

Le tableau 7 illustre les changements qui se sont produits d'une année à l'autre, dans les coûts par personne des services assurés. On a redressé, le cas échéant, pour les besoins de présentation, les coûts par personne afin de minimiser les repercussions des changements reconnaisables qui auraient empêché les comparaisons d'une année à l'autre. Les chiffres cités peuvent illustrer, dans certains cas, les changements apportés aux inventaires des demandes (Voir note explicative du tableau 7), mais les modifications qui se sont produites d'une année à l'autre, dans les coûts par personne, sont imputables à des facteurs tels que les révisions des dates de versement, les modifications dans l'utilisation des services (qui peuvent se rattacher, à leur tour, aux modifications du nombre et de la répartition des médecins, aux changements dans la répartition urbaine, rurale, par âge et par sexe des assurés, aux changements techniques et aux modifications dans la combinaison des services — citons, à titre d'exemple, l'augmentation des stérilisations et des avortements thérapeutiques et la diminution des services obstétricaux) et les changements dans le volume et le prix des soins non rémunérés à l'acte.

Les données du tableau 7 indiquent que les changements généraux dans les coûts par personne sont en moyenne de six à sept pour cent par année. Il existait, toutefois, des différences marquées entre les taux de changement des différentes provinces et des changements enregistrés, d'une année à l'autre, par chacune d'entre elles. Ceux-ci peuvent être attribuables à la fréquence et à l'importance de la révision des calendriers de versement, qui comportent, par exemple, la suppression, en 1971, des droits d'utilisation en Saskatchewan. La variation dans les niveaux de la garantie, à l'époque où le régime d'assurance-maladie n'avait pas encore été instauré, peut compter parmi les facteurs qui ont contribué aux différences entre les provinces en matière de taux de changement des coûts par personne dans les années qui ont suivi.

Les tableaux 1 et 2 résument les données sur les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, au 1er janvier 1974. Les deux catégories de régimes appliquées dans chacune des provinces y figurent en raison du caractère complémentaire de la garantie des programmes fédéraux d'assurance-maladie. En outre, dans le cas de certains services de diagnostics, la garantie peut être accordée, au choix de la province, dans le cadre du régime d'assurance-maladie ou du régime d'assurance-hospitalisation et des services de diagnostic.



ments portant sur les divers régimes provinciaux s'est poursuivie et l'on n'a fait face à aucune difficulté sérieuse, bien que, dans quelques cas, les modifications aux règlements provinciaux aient nécessité des éclaircissements. Pour assurer le respect des dispositions des lois fédérales, au cours de l'année financière 1973-1974, les provinces ont adopté les lois suivantes relatives à leurs régimes d'assurance-maladie.

<i>Colombie-Britannique</i>	
Statute Law Amendment Act, 1973	18 avril 1973
An Act to Amend An Act Respecting Medical Services	7 novembre 1973
«Loi modifiant la Loi statutaire, 1973»	18 avril 1973
«Une loi modifiant la Loi des services médicaux»	7 novembre 1973
<i>Saskatchewan</i>	
An Act to Amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act	27 avril 1973
«Une loi modifiant la Loi de l'assurance soins médicaux de la Saskatchewan»	27 avril 1973
<i>Manitoba</i>	
An Act to Amend the Health Services Insurance Act	25 mai 1973
«Une loi modifiant la Loi de l'assurance des services de santé»	25 mai 1973
<i>Québec</i>	
Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie et la Régie de l'assurance-maladie du Québec	6 juillet 1973
Loi modifiant la Loi de l'impôt et certaines autres dispositions financières de la loi	6 juillet 1973
<i>Nouvelle-Ecosse</i>	
An Act to Amend and Consolidate the Medical Care Insurance Act and the Hospital Insurance Act	16 avril 1973
«Une loi modifiant et fondant la Loi des soins médicaux et la Loi de l'assurance-hospitalisation»	16 avril 1973

**RÉSUMÉ SUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAUX**

Le tableau 1 résume les données sur les régimes d'assurance-maladie provinciaux et le tableau 2 résume celles des régimes d'assurance-hospitalisation provinciaux complémentaires en vigueur au 1er janvier 1974. Ces tableaux figurent aux pages 6 à 15. Les descriptions ont été publiées dans les rapports annuels précédents et on peut obtenir, sur demande, une version à jour de ces descriptions en s'adressant à la Direction de l'assurance-maladie.

**LES ASSURÉS**

La Loi sur les soins médicaux définit le terme «population» comme étant la population de la province au premier jour d'octobre de l'année financière en cause, telle que l'atteste le directeur du Bureau de la Statistique du Canada, à l'exclusion des membres des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et des

personnes détenues dans les pénitenciers, aux termes de la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représentent environ 0,5 p. 100 de la population globale.

Les résidents assurables d'une province participante ont droit aux services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux pour tout ce qui se rapporte à une invalidité donnant droit à une indemnité. Les lois fédérales dont il s'agit sont les suivantes : Loi sur l'aéronautique  
Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils  
Loi concernant l'indemnisation des employés de l'État  
Loi sur l'indemnisation des marins marchands  
Loi sur la défense nationale  
Loi sur les pensions  
Loi sur la Gendarmerie royale du Canada  
Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada  
Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada  
Loi sur la réadaptation des anciens combattants.  
La totalité de la population admissible de Terre-Neuve, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Ecosse, du Nouveau-Brunswick, du Québec, du Manitoba, de la Saskatchewan, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon et presque toute la population de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario bénéficie maintenant des services assurés. Sur les 22,2 millions de résidents canadiens (estimation) qui sont admissibles aux services assurés du Programme des soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, très peu de personnes ne sont pas assurées.

Le tableau 3 illustre, par province, le nombre estimé d'assurés et le coût par personne qui sert à calculer les contributions réelles à la fin de l'année financière.

**FORMULE DE CALCUL DES CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES**

Le montant des contributions fédérales aux provinces est calculé d'après une formule prévue par la Loi sur les soins médicaux. Cette formule a été établie de façon à fournir une aide fédérale plus importante aux provinces dont le coût des soins médicaux par personne est moins élevé et en vue d'allouer une contribution fédérale équitable aux provinces, compte tenu de la variation considérable qui existe dans le coût par personne selon les provinces.

La contribution fédérale annuelle versée à chaque province participante est égale à 50 p. 100 du coût annuel par personne de tous les services assurés par le programme national et fournis en vertu des régimes d'assurance-maladie des provinces participantes, multipliée par le



La demande des provinces, des études analogues sont entre-prises ou envisagées sur d'autres groupes de spécialistes de la santé. Une étude sur les gains des dentistes fait l'objet d'un projet permanent. Des analyses comparatives approfondies de l'utilisation et des coûts des régimes provinciaux d'assurance-maladie sont également poursuivies. La Direction dirige les travaux d'un groupe de travail du Ministère, qui collaborera avec les médecins, par l'intermédiaire du Comité national de la main-d'œuvre médicale, à l'élaboration de propositions concernant les besoins en médecins. Le groupe d'experts s'est déjà entretenu avec les onze groupes de travail qui représentent différentes spécialités et chacun de ces groupes a reçu des données comparatives sur l'utilisation des soins médicaux et d'autres mandats sur les besoins optimaux de leur spécialité propre.

Les membres du comité technique gouvernemental-Comité consultatif de l'assurance-maladie. L'objectif de ce Comité est d'élaborer un préambule uniforme et une nomenclature simplifiée qui puissent être utilisés par tous les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Actuellement, les barèmes provinciaux des honoraires des médecins (et des prestations des régimes d'assurance-maladie) ne sont pas cohérents ou uniformes dans leur description des services, ce qui crée des difficultés dans la compilation de données statistiques comparables faite par les divers régimes d'assurance-maladie provinciaux à l'usage du programme national. Ce comité réunit des représentants régionaux d'associations médicales et de régimes d'assurance-maladie provinciaux.

Les autorités provinciales, les représentants des associations professionnelles et les représentants du gouvernement étrangers qui s'intéressent aux progrès réalisés dans le domaine de l'assurance-maladie au Canada ont continué d'échanger points de vue et renseignements. Au fur et à mesure que les régimes canadiens d'assurance-maladie étaient davantage connus, la Direction de l'assurance-maladie a reçu un nombre croissant de demandes provenant de l'étranger. Cela a entraîné le séjour, à Ottawa, de délégations et de visiteurs de nombreux pays. La Direction participe également à deux projets du comité de l'OTAN sur les défis de la société moderne en matière de techniques modernes de distribution des soins. Le Canada donne l'exemple dans l'appréciation méthodique des services de santé, et huit visites ont été effectuées au Canada et aux États-Unis sous la présidence d'un haut fonctionnaire de la Direction. Un autre fonctionnaire supérieur fait partie de l'équipe du projet sur les services de soins ambulatoires qui a effectué une série de visites en République fédérale d'Allemagne. Les rapports sur ces projets seront présentés à la séance plénière de l'OTAN, en mai 1974.

## PARTICIPATION DES PROVINCES

Les provinces ont adopté leurs régimes à des dates variées entre l'instauration du régime fédéral, le 1er juillet 1968, et le 1er avril 1972. Les dates d'entrée en vigueur des divers régimes figurent au Tableau 6(B).

## LEGISLATION PROVINCIALE

La surveillance des modifications aux lois et règle-

ment les autorités provinciales sur l'application et l'orientation future de leurs régimes d'assurance-maladie. La Direction entreprend et favorise des études sur les divers aspects du système de distribution des soins, tout particulièrement les soins médicaux et hospitaliers.

Le Comité consultatif fédéral-provincial de l'assurance-maladie s'est réuni au cours de l'année. Il constitue un des quatre comités formés officiellement dans le domaine des soins et qui rendent compte de leur activité à la conférence des sous-ministres de la Santé. À une session tenue à Ottawa, du 13 au 15 novembre, 1973, a été approuvée la formation d'un groupe de travail sur la vérification des états de compte des médecins et d'un autre sur la rationalisation des diagnostics normalisés. Les deux groupes de travail seront formés des représentants régionaux des régimes provinciaux d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation. Le groupe de travail sur la vérification des états de compte des médecins est chargé de déterminer les améliorations à apporter aux données de base afin de faciliter les analyses de rendement, le contrôle de la qualité des soins et leur caractère approprié en recourant tant aux données hospitalières que médicales. Le groupe de travail sur la rationalisation des diagnostics normalisés doit étudier la question de l'établissement d'un plan national de code uniforme et normalisé qui répond aux besoins des malades non hospitalisés. Une réunion des Directeurs médicaux des régimes provinciaux d'assurance-maladie s'est tenue en octobre 1973. Les sujets abordés comprenaient l'organisation du Comité consultatif fédéral-provincial récemment modifiée, les systèmes de vérification des états de compte des médecins, ainsi que les régimes d'assurance-maladie privés offerts aux visiteurs qui viennent au Canada.

Des progrès substantiels ont été réalisés en matière d'admissibilité et de transférabilité des régimes provinciaux d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, grâce à un accord interprovincial conclu en 1972. Le sous-comité du comité consultatif de l'admissibilité et de la transférabilité a examiné l'application des accords, au cours d'une réunion tenue à Ottawa, du 31 janvier au 1er février 1974. Les dispositions de l'accord donnent, dans l'ensemble, des résultats satisfaisants dans toutes les provinces, même si certaines mises au point administratives s'imposent. Ces examens annuels sont utiles puisqu'ils offrent l'occasion de traiter ouvertement des questions techniques nouvelles de celles qui ne sont pas encore réglées, telle que la question de savoir quelle province doit payer les dépenses incombant à un organe vital lorsque celui-ci ne réside pas dans la même province que le bénéficiaire.

La Direction a poursuivi et étendu son programme de recherches dans le domaine de l'économie sanitaire, notamment dans celui de la communication des données sur les gains et les dépenses des médecins aux associations professionnelles de médecins et aux régimes d'assurance-maladie des provinces. Ce programme comporte maintenant une étude en cours sur l'évaluation de la productivité moyenne d'activité de différentes catégories de médecins. Cette étude a débuté en 1971 à la demande de l'Association médicale canadienne, laquelle avait indiqué que ce genre de renseignements est indispensable pour aider cette Association à étudier, comme il convient, ce secteur, lorsqu'elle cherche à déterminer les honoraires. À

# Rapport annuel du Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pendant l'année financière se terminant le 31 mars 1974.

Ce rapport établi conformément à l'article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le sixième qui est présenté au Parlement. Le sujet porte sur la gestion pendant l'année financière se terminant le 31 mars 1974.

## HISTORIQUE

La Loi sur les soins médicaux (14-15 Elizabeth II, Chap. 64) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la loi établit un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder une aide financière aux provinces qui appliquent un régime d'assurance-maladie selon certaines critères minimums. Ceux-ci se rattachent à la garantie tous risques, à l'universalité du champ d'application, au transfert des prestations d'une province à l'autre et à l'administration publique.

Les contributions financières du gouvernement fédéral aux provinces participantes sont payables depuis le 1er juillet 1968. Elles sont fondées sur la moitié du coût national, par habitant, des services assurés par le programme fédéral, à l'exception des frais d'administration, multipliés par le nombre d'assurés dans chaque province. Au 1er janvier 1971, toutes les provinces participant au programme. Les Territoires du Nord-Ouest, ainsi que celui du Yukon, ont respectivement mis leur régime en vigueur le 1er avril 1971 et le 1er avril 1972. La présente année financière est la deuxième au cours de laquelle des régimes d'assurance-maladie sont appliqués dans toutes les régions du pays. Les régimes provinciaux sont en vigueur depuis au moins trois ans et, la plupart d'entre eux, depuis quatre ou cinq ans.

Les quatre grands principes figurant dans la loi et qui doivent caractériser le régime d'assurance-maladie de chaque province participante sont les suivants:

1. La garantie tous risques: elle couvre tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Cette règle n'admet aucune franchise, ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. La garantie sera telle que l'assuré, recevant les soins nécessaires ne souffrira d'aucune exclusion sur le plan financier. Depuis le 1er juillet 1968, certains services de chirurgiens dentistes dispensés dans les hôpitaux sont assimilés aux autres prestations.

2. L'universalité du champ d'application: l'assurance est accessible à tous les résidents admissibles de la province participante, aux mêmes conditions. De plus, elle couvre au moins 95 p. 100 de la population admissible. Cela permet d'assurer tous les résidents et d'éviter les discriminations financières pour raison de santé, d'âge, de non-appartenance à un groupe, ou pour tout autre motif. En outre, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, les primes des personnes de certains groupes d'âges ou à faible revenu, à condition que le régime soit financé par un sys-

1. L'application de la Loi sur les soins médicaux; la mise à la disposition des provinces de services médicaux d'assurance-maladie;
2. la conduite d'enquêtes et la dispensation de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, au provinces et aux autres organismes intéressés, la planification, la distribution et l'utilisation de services médicaux.
3. Les Directions des soins médicaux et de l'assurance hospitalisation et des services de diagnostic (Direction générale des programmes de la santé) ont fusionné depuis le 1er avril 1973 pour former la Direction de l'assurance maladie. Cette fusion a favorisé une collaboration technique étroite entre les agents des programmes d'assurance-maladie. La Direction comprend quatre divisions:

- soins médicaux
- assurance-hospitalisation
- services de consultation
- opérations et projets spéciaux

La Direction a également reçu l'appui de la Direction des services d'économie et de gestion (Direction générale de la recherche en matière de programmes d'économie sanitaire) La Direction remplit quatre fonctions principales: Outre l'application de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et ses règlements, et des accords fédéraux provinciaux conclus aux termes de cette loi, la Direction fournit aux autorités provinciales, aux associations de spécialistes et de bénévoles, ainsi qu'aux hôpitaux et aux établissements de soins connexes, des services de consultation en matière d'administration des soins et des hôpitaux, de soins infirmiers, d'économie sanitaire, de soins diététiques, de comptabilité et de pharmacie, en vue de contribuer à l'amélioration des normes de soins et assurer une distribution efficace des soins. Un tel objectif nécessite la tenue d'études complètes sur l'organisation et le

4. L'administration sur une base non lucrative: elle doit relever d'un organisme public responsable de ses transactions financières devant le gouvernement provincial.
3. La transférabilité des prestations: le bénéficiaire qui s'absente temporairement de sa province ou qui déménage dans une autre province participante peut profiter de cette disposition. L'assurance n'est plus liée à une assurance collective par groupe professionnel et, par conséquent, le changement d'emploi ou de domicile n'entraîne aucune suspension de la garantie.
4. L'administration sur une base non lucrative: elle doit relever d'un organisme public responsable de ses transactions financières devant le gouvernement provincial.

## PROGRAMME DES SOINS MÉDICAUX

La Loi sur les soins médicaux ayant pour objet de garantir à tout Canadien l'accès aux soins nécessaires selon un régime contributif, et d'autoriser, à cette fin, le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière efficace, a établi un programme de soins médicaux qui couvre trois domaines d'activité apparentes:

RAPPORT ANNUEL DU MINISTRE DE LA SANTÉ  
NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL  
SUR L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SOINS  
MÉDICAUX PENDANT L'ANNÉE FINANCIÈRE  
SE TERMINANT LE 31 MARS 1974

L'HONORABLE MARC LALONDE  
MINISTRE





# rapport annuel soins médicaux

 Santé et  
Bien-être social  
Canada  
Health  
and Welfare  
Canada



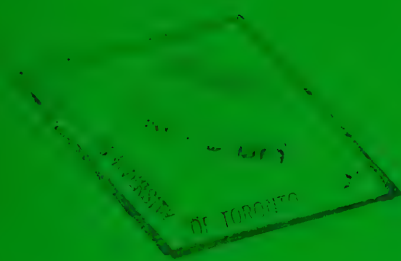
AI HW  
A554

# annual report medical care



Health  
and Welfare  
Canada

Santé et  
Bien-être social  
Canada





*Canada* =

ANNUAL REPORT OF THE MINISTER OF  
NATIONAL HEALTH AND WELFARE RESPECTING  
OPERATIONS OF THE MEDICAL CARE ACT  
FOR THE FISCAL YEAR ENDED MARCH 31, 1975

HONOURABLE MARC LALONDE  
MINISTER



## Annual Report of the Minister of National Health and Welfare Respecting Operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1975

This is the seventh report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act and related to operations for the fiscal year ended March 31, 1975.

### HISTORICAL BACKGROUND

The Medical Care Act (chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act establishes a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make a financial contribution to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are related to comprehensiveness of insured services, universality of coverage, portability of benefits and public administration.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968 and are based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, excluding administration, multiplied by the number of insured persons in each province. The dates on which the qualifying provincial plans were implemented will be found in table 6(B). This is the third fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least four years and in most instances for five or six years.

The four main principles embodied in the Act which must characterize the medical care insurance plan of each participating province are: —

1. *Comprehensive coverage* for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusions except on the grounds that the services were not medically required. The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no financial impediment or preclusion to an insured person receiving necessary medical care. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.
2. *Universal availability* to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five percent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in

whole or in part for certain age groups or low income groups is permitted, if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally.

3. *Portability of benefits* when the beneficiary is temporarily absent from his own province and when he is moving from one participating province to another. It is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs or residence.
4. *Administration on a non-profit basis* by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

### MEDICAL CARE PROGRAM

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all Canadian residents can have access to necessary medical care on a prepaid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. In order to do this effectively, the program has been organized on the basis of three inter-related activities:

1. Administration of the Medical Care Act.
2. Provision of advisory services to provinces regarding various aspects of the provincial medical care insurance plans.
3. Conducting studies and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Health Programs Branch, through the Health Insurance Directorate, administers both national health insurance programs, Medical Care, and Hospital Insurance and Diagnostic Services, and there is close functional co-operation between the two programs.

The Directorate has four main functions. In addition to being responsible for the administration of the *Medical Care Act* and the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* and Regulations, and federal-provincial Agreements under that Act, it provides *consultant services* in health care delivery and health services administration, nursing, medical economics, dietetics, accounting and pharmacy, to federal and provincial authorities, professional and voluntary associations, and hospitals and related health facilities. The role of the consultant services is to assist in improving standards of care and to achieve efficiency and effectiveness in the operating costs and utilization of health services. This includes total organization and operational studies in individual hospitals and the development of standards for health services and facilities. In addition, *advice* is provided to the provincial authorities regarding the operation and future development of their health insurance plans. The Directorate also *undertakes and promotes studies* on various aspects of the

health care delivery system, particularly with respect to hospital and medical care services.

The federal-provincial Advisory Committee on Health Insurance met twice during the year. The Advisory Committee's Sub-Committee on Quality of Care and Research held a joint meeting with the Medical Directors of the provincial medical care insurance plans on October 1, 1974, with the Medical Directors meeting separately on October 9. Items considered at these meetings included standard diagnostic coding; uniform rules for the payment of donor transplant services; research priorities; cosmetic surgery; trans-sexual procedures; acupuncture; laboratory services; home dialysis; security of Medicare data banks; and surgical rates for selected operations.

A workshop for provincial Medicare financial and statistical officers was held in Ottawa, June 6-7, 1974, under the auspices of the Health Programs Branch. Major items discussed included improvements in cost-reporting and forecasting; doctor: population ratios; and the possible computerization of salaried doctor costs.

A meeting of the Advisory Committee's Sub-Committee on Eligibility and Portability was held in Ottawa, March 24-25, 1975. The main items of business involved a re-examination of policies respecting out-of-province in-patient, out-patient and medical claims. Agreement was reached on several administrative clarifications to be recommended to the Advisory Committee for inclusion in the inter-provincial agreement on eligibility and portability of benefits under the Medical Care and Hospital Insurance and Diagnostic Services Programs. The number of claims submitted for payment under the Health Insurance Supplementary Fund has been reduced since the agreement was concluded in 1972.

The departmental task force on physician manpower requirements, with the Health Insurance Directorate in the lead role, has continued to co-operate with the Requirements Committee of the National Committee on Physician Manpower, in developing recommendations on physician manpower requirements. The Requirements Committee and the 30 working parties representing the 33 medical disciplines have now been provided with collated data on medical care utilization and other relevant data to assist their members in making recommendations on the optimal requirements for each discipline.

The federal-provincial Working Group on Standard Diagnostic Coding held three meetings during the year. The working group has identified the level of inconsistencies in coding that presently exists in all provincial medical care insurance plans. It has also examined the potential for automatic encoding whereby alphabetical characters in the textual medical description of a diagnosis are assigned an ICD (A) code by a computer program.

The Health Programs Branch has continued and expanded its study program in the field of medical care economics, including the provision of data on physicians' earnings and expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations. The program includes an on-going study on the estimated average working life of different kinds of physicians, at the request of the Canadian Medical Association. This information is necessary to assist the Association in giving consideration to this factor when determining fee

differentials. Similar studies are being undertaken in relation to other health professionals at provincial request. In-depth comparative analyses of utilization and cost experience of the provincial medical care plans are also being continued.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations, and representatives of foreign governments interested in Canadian developments in the field of medical care insurance. There was a marked increase in requests for information about the Canadian health insurance programs from international sources. This has included special visits to Ottawa by delegations and visitors from many countries.

The Fourth Symposium of the Sun Valley Forum on National Health was held at Sun Valley, Idaho, in August, 1974. The symposia bring together leaders and experts to meet, to share ideas, and to review expert papers on aspects of U.S. health problems. The subject of the Fourth Symposium was "National Health Insurance - Can we learn from Canada?" The Department was represented by the Deputy Minister, National Health. The proceedings have subsequently been published in book form.

## PROVINCIAL PARTICIPATION

The provinces (and territories) introduced their plans at varying times between the implementation of the federal program, on July 1, 1968, and April 1, 1972. The dates when the various plans were introduced will be found in Table 6(B).

## PROVINCIAL LEGISLATION

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans has been continued and no serious difficulties encountered. During fiscal 1974-75, the provinces enacted the following legislation related to their provincial medical care insurance plans:

<i>Saskatchewan</i>	
The Medical and Hospitalization Tax Repeal Act, 1974	May 10, 1974
<i>Ontario</i>	
The Health Insurance Amendment Act, 1974	June 28, 1974
The Public Health Amendment Act, 1974	June 28, 1974
The Health Insurance Amendment Act, 1974 (No. 2)	December 2, 1974
The Public Health Amendment Act, 1974 (No. 2)	December 2, 1974
<i>Quebec</i>	
An Act to amend the Health Insurance Act	December 13, 1974
An Act to amend the Health Insurance Act and the Quebec Health Insurance Board Act	December 24, 1974
<i>Nova Scotia</i>	
An Act to Amend the Health Services and Insurance Act	October 1, 1974
<i>Newfoundland</i>	
The Newfoundland Medical Care Insurance (Amendment) Act, 1974	May 21, 1974



## SUMMARY OF PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS

Table 1 summarizes the provincial medical care insurance plans and Table 2 summarizes the complementary provincial hospital insurance plans, as of January 1, 1975. These tables will be found on pages 6 to 15. Descriptions of each provincial medical care insurance plan have been published in previous annual reports and an up-dated review may be obtained from the Director General, Health Insurance, Health Programs Branch, Department of National Health and Welfare, General Purpose Building, Ottawa, Ontario. K1A 1B4.

### INSURED POPULATION

The Medical Care Act defines "population" to mean the population of the province on the first day of October in each fiscal year as certified by the Chief Statistician of Canada, after excluding members of the Canadian Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. The exclusions amount to some 0.5% of the total population.

Insurable residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to Workmen's Compensation are not entitled to benefits under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows: -

- Aeronautics Act
- Civilian War Pensions and Allowances Act
- Government Employees Compensation Act
- Merchant Seamen Compensation Act
- National Defence Act
- Pension Act
- Royal Canadian Mounted Police Act
- Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
- Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act
- Veterans Rehabilitation Act.

Virtually 100% of the 22.5 million residents of Canada who are eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans are insured. Table 3 shows, by province, the actual versus the estimated number of insured persons.

### FORMULA FOR FEDERAL CONTRIBUTIONS

The amount of federal contributions to the provinces is calculated on the basis of a formula contained in the Medical Care Act. It has been designed in such a way to provide greater federal assistance to those provinces in which the per capita cost of medical care is lower and to provide for an equitable federal contribution to the provinces, having regard to the considerable variation in the per capita costs between the provinces.

The annual federal contribution to each participating province equals fifty percent of the per capita cost for the year of all insured services of the national program

which are furnished pursuant to the medical care insurance plans of the participating provinces multiplied by the number of insured persons in the province. The per capita cost for a year of all insured services of the national program is an amount equal to the aggregate of the cost of the insured services of the national program which are incurred by each of the participating provinces divided by the number of insured persons in each of the participating provinces.

Since the federal contribution is calculated on an annual basis, the Medical Care Act provides for advance on account of contributions, so that the provinces are not required to wait for reimbursement of the amounts which they are required to pay to doctors on a continuing basis. In order to expedite the payment of advances and, at the same time, to forestall the likelihood of a major financial adjustment after the end of each fiscal year, the formula which is used for the calculation of the advance payment provides for a holdback of up to ten percent of the amount due to the province. The formula for the advance payments, therefore, differs from the formula for the annual contribution in that forty-five percent of the estimated national per capita cost is used in determining payments to the provinces as advances on account of contributions.

The remaining five percent of the national per capita cost multiplied by the number of insured persons in a province, plus or minus adjustment to actual costs, is paid to the provinces following receipt of final cost reports from all participating provinces signed by their respective provincial authorities, certified by the provincial auditors and reviewed by federal officials.

### FINANCIAL EXPERIENCE

#### *Costs and Contributions*

The advance estimates for fiscal year 1974-75 were \$1,562 million and the actual costs were \$1,463 million, but much of this reduction results from the transfer of certain laboratory and radiological costs from the Medical Care Program to the Hospital Insurance and Diagnostic Services Program, details of which will be found in tables 3, 6(A) and 6(B).

During the 1974-75 fiscal year, federal payments to provinces and territories under the Medical Care Act totalled \$762,689,945 and consisted of advance payments of \$702,914,400 in respect of 1974-75 costs and two adjustment payments for 1973-74 totalling \$59,775,545.

Tables 4 and 5 show the calculations of the federal contributions for 1974-75 and payments made in that year. Tables 6(A) and 6(B) show the estimated and actual costs by province since they participated in the program. It will be noted that the total costs as estimated for the seven-year period were \$6,780 million and the costs as incurred were \$6,582 million. However, of the difference of \$198 million, nearly \$122 million in radiological and laboratory costs were transferred by several provinces from the Medical Care Program to the Hospital Insurance and Diagnostic Services Program, and these cost transfers were not known at the time of estimates preparation.

Estimated costs, which are prepared in advance of each plan year, take into account such factors as changes in the (insured) population, utilization of insured services, and average delay times between date of service, submission of claim and processing and payment of

claims. Additionally, allowance is made for anticipated changes in rates of payment (e.g. professional fees) and for transfers between Medicare and Hospital Insurance.

As noted above, some of the difference between estimated and actual costs is the result of the transfer of certain laboratory and radiological costs from the Medical Care Program to the Hospital Insurance Program. These cost-transfers were not taken into account, or were incompletely taken into account, in the advance estimates for the fiscal years in which the transfers took place – see footnotes to Tables 3, 6(A) and 6(B). About two-thirds of the remaining difference between aggregate advance estimates and aggregate actual costs occurred in the first two years of participation of individual provinces, and may be related partly to the lack of experience in estimating the costs of a major new program, and in some cases to undue optimism as to the average delay time between date of service and date of payment which a newly established plan could early achieve.

#### *Analysis of Costs*

Table 7 shows year-to-year changes in the per capita costs of insured services. For purposes of this table per capita costs were adjusted, where required, as a means of improving year-to-year comparability of data, by assuming for certain provinces full fiscal year participation in the first year, and non-coverage of certain services subsequently transferred to the Hospital Insurance Program. Consequently, several of the figures in the table differ from those contained in other tables in this and previously published annual reports. The figures shown may reflect, in some cases, changes in claims inventories (see footnote to Table 7), but generally the year-to-year variations in per capita costs are due to such factors as revisions of payment schedules, changes in utilization of services (which in turn tend to depend primarily upon changes in the per capita supply of physicians, but may also be related to changes in the distribution of physicians by specialty or region, changes in the urban-rural and age-sex distribution of insured persons, changes in technology, and changes in the mix of services, e.g. increases in sterilizations and therapeutic abortions and declines in obstetric procedures), changes in the volume and level of non-fee payments as well as changes in the per capita costs of insured dental services.

The data in Table 7 indicate that overall changes in adjusted per capita costs tended to average about 6 to 7 percent per year to 1973-74 inclusive, but that they increased by more than 12 percent in 1974-75. The size of payment schedule revisions was among the main causes of the large increase in per capita costs in the last fiscal year. Such payment schedule revisions, after allowing for the effects of implementation and after allocating estimated net impacts to the appropriate fiscal years, averaged about 1.5 percent per year in earlier fiscal years but amounted to 4.5 percent in 1974-75.

Reasonably complete information is now available on experience in the ten Canadian provinces from 1971-72—the first full fiscal year of participation of all the provinces—to 1974-75. The following are some further details with respect to the relative size and variability of major cost factors. As indicated above, the figures have been adjusted for purposes of analysis to enable year-to-year comparability (see footnote to Table 7 for details).

1. During the fiscal years 1971-72 to 1974-75, payments made on a fee-for-service basis to physicians averaged 93.5 percent of total program costs. Non-fee payments to physicians (such as salaries, sessional fees, or contractual arrangements) and payments for insured dental services amounted to 5.7 and 0.8 percent of total program costs respectively.
2. Total program costs (as adjusted) in the ten provinces increased at an average rate of 9.8 percent per year from 1971-72 to 1974-75. Increases in the insured population averaged 1.6 percent per year, and consequently the average annual rate of change of per capita program costs amounted to about 8.1 percent. Per capita non-fee payments increased by 11 percent per year, while per capita costs of dental services grew by less than 4 percent per year (a). The average annual rate of change in per capita fee payments to physicians was just under 8 percent. Certain additional factors can be identified with respect to the last-mentioned figure. Payment schedule changes averaged about 7.4 percent per year, and the number of fee practice physicians per 1,000 insured persons increased by about 4.2 percent per year. Assuming that changes in the per capita supply of physicians tend to cause similar-sized changes in the per capita volume of services, it can be estimated that the utilization of services for reasons other than changes in the per capita supply of physicians increased at an average annual rate of 1.2 percent.
3. Total adjusted program costs in the ten Canadian provinces increased by just over \$350 million from 1971-72 to 1974-75. Of this total increase about 15 percent was due to changes in the insured population, a little over 25 percent to changes in payment schedules, 40 percent to changes in the per capita supply of fee practice physicians, and about 12 percent to other utilization changes. The growth in non-fee payments accounted for 7.3 percent of the increase in total program costs, and changes in the costs of dental services contributed a further 0.4 percent.

Tables 1 and 2 summarize the provincial medical care and hospital insurance plans, as of January 1, 1975. Both types of plan in each province are included because of the complementary nature of the coverage of the national health insurance programs. In addition, in the case of certain diagnostic services, the benefit coverage may be provided at the option of the province under either the Medical Care Program or the Hospital Insurance and Diagnostic Services Program.

- (a) The relative small growth rate in the per capita costs of insured dental services is largely due to declines in one province. If this one province is excluded, the growth rate in the remaining nine provinces averaged 7 percent per year.



**TABLE 1 — PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS**

**BENEFITS:** ALL MEDICALLY REQUIRED SERVICES OF MEDICAL PRACTITIONERS AND CERTAIN SURGICAL-DENTAL PROCEDURES UNDERTAKEN BY DENTAL SURGEONS IN HOSPITAL. THESE BENEFITS ARE COST-SHARED BY THE PROVINCES AND THE FEDERAL GOVERNMENT.

PROVINCE	EXTRA BENEFITS (a)	PLAN ADDRESS	PREMIUM PER MONTH (b)
BRITISH COLUMBIA	Optometry, chiropractic, naturopathy, physiotherapy, podiatry, orthoptic treatment and services of Red Cross nurses, special nurses and V.O.N. Orthodontic services for hare lip and/or cleft palate. (Free prescription drug program for residents over 65 and a drug subsidy program for those under 65 receiving 90% medicare premium subsidy — administered through the Department of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, B.C.)	Medical Services Commission, Parliament Buildings, Victoria, B.C. (Insurance contract may be obtained from the Medical Services Plan of British Columbia, 1410 Government St., Victoria, B.C. V8V 1Z2)	Single — \$ 5.00 Couple — \$10.00 Family — \$12.50
ALBERTA	Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric and chiropractic services and podiatric services and appliances. An optional health services contract is available through the Commission providing Alberta Blue Cross Plan membership at reduced rates to residents who are not members of a group. For residents over 65 and their dependants, the Government provides a major portion of the cost of eyeglasses and assumes the cost of hearing aids, dentures and dental care and medical and surgical equipment, supplies and appliances.	Alberta Health Care Insurance Commission, P.O. Box 1360, Edmonton, Alberta. T5J 2N3 or Alberta Health Care Insurance Commission, J.J. Bowlen Building, 620 – 7th Avenue S.W., Calgary, Alberta. T2P 0Y8	Single — \$ 5.75 (c) Couple — \$11.50 (c) Family — \$11.50 (c)

**TABLE 2 — PROVINCIAL HOSPITAL INSURANCE PLANS**

PROVINCE	BENEFITS COST-SHARED	OUT-OF-PROVINCE BENEFITS (Cost-Shared)	AUTHORIZED CHARGES	PLAN ADDRESS
BRITISH COLUMBIA	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> Emergency services, minor surgical procedure, day care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling service.</p>	<p>a) <i>In-patient:</i> During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province — maximum stay of 12 months unless otherwise approved.</p> <p>b) Referral, if approved by Deputy Minister.</p> <p>c) Out-of-Canada: in-patient maximum \$75 per day for adults and children, \$12 per day for newborn (Canadian funds).</p>	<p>a) \$1 per day for standard ward care for adults and children, excluding newborn.</p> <p>b) \$2 for each emergency or minor surgical out-patient treatment.</p> <p>c) \$2 for day care surgical services.</p> <p>d) \$1 for out-patient cancer therapy.</p> <p>e) \$1 for psychiatric day care or night care and psychiatric out-patient services.</p> <p>f) \$1 for out-patient physiotherapy services.</p> <p>g) \$1 for diabetic day care services.</p> <p>h) \$1 for day care rehabilitation services.</p> <p>i) \$1 for each dietetic counselling session.</p>	<p>Hospital programs, Department of Health, Parliament Buildings, Victoria, British Columbia V8V 1X4</p>
ALBERTA (a)	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> 100% of all out-patient procedures rendered by the hospital; 100% of all diagnostic and physiotherapy services rendered in approved facilities outside the hospital; 100% of all out-patient services provided by provincial cancer clinics and provincial laboratories. Dietetic counselling services.</p>	<p><i>In-patient:</i> 100% of all approved in-patient charges in Canada. Outside Canada, at \$50 per day or the actual cost whichever is the lesser, less the authorized charges.</p> <p><i>Out-patient:</i> 100% of all services rendered by hospitals in Canada, at their respective approved rates. Outside Canada, for charges less than \$25, the actual amount; for charges exceeding \$25, the lesser of the amount charged by the hospital or the amount payable in Alberta, but not less than \$25.</p>	<p>Adults and children, excluding newborn: \$5 for the first day in active treatment hospitals.</p> <p>Auxiliary Hospitals: \$3 per day after 120 days.</p>	<p>Alberta Hospital Services Commission, P.O. Box 2222, 9945-108 St., Edmonton, Alberta. T5J 2P4</p>

**TABLE 1 — PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS (Continued)**

PROVINCE	EXTRA BENEFITS (a)	PLAN ADDRESS	PREMIUM PER MONTH (b)
SASKATCHEWAN	Optometry, chiropractic, referred services by dentist for care of cleft palate and for orthodontic oral surgery. With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial Department of Health. These include a subsidized hearing aid plan, the provision of prosthetic and orthotic devices, a dental plan for children, prescription drugs up to \$1,000 per year for residents with chronic end-stage renal disease who are in receipt of kidney dialysis services or pre- and post-operative kidney transplant services, cystic fibrosis and paraplegia programs and other programs for the physically handicapped.	Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Provincial Health Building, 3211 Albert Street, Regina, Saskatchewan. S4S 0A8	None
MANITOBA	Certain optometric and chiropractic services. Prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by an M.D. Contact lens following congenital cataract surgery. Artificial eyes. A prescription drug program. A personal care program.	Manitoba Health Services Commission, 599 Empress Street, Winnipeg, Manitoba. R3C 2T6	None
ONTARIO	Optometry, chiropractic, podiatry, osteopathy. (Also out-of-hospital benefit towards cost of physiotherapy and for ambulance services.) Home Care Program Services; home renal dialysis and home hyperalimentation equipment, supplies and medication. (The provincial Ministry of Health administers a free Drug Benefit Plan for certain categories of elderly and disabled persons and persons with limited incomes.)	Ontario Health Insurance Plan —  HAMILTON      OTTAWA 25 Main St. W.,      75 Albert St., L8P 4P9      K1P 5Y9 (416) 528-3481      (613) 237-9100  KINGSTON      SUDBURY 1055 Princess St.,      295 Bond St., K7L 5A9      P3B 2J8 (613) 546-3811      (705) 675-9111  LONDON      THUNDER BAY 227 Queens Ave.,      435 James St. S., N6A 1J8      P7C 5G6 (519) 433-4561      (807) 475-1431  TORONTO      WINDSOR 2195 Yonge St.,      1427 Ouellette Ave., M5W 1G9      N8X 1K1 (416) 482-1111      (519) 258-7560  MISSISSAUGA 55 City Centre Dr., L5B 1M3 (416) 275-2730	Single — \$11.00 (d) Couple — \$22.00 (d) Family — \$22.00 (d)

**TABLE 2 — PROVINCIAL HOSPITAL INSURANCE PLANS (Continued)**

PROVINCE	BENEFITS COST-SHARED	OUT-OF-PROVINCE BENEFITS (Cost-Shared)	AUTHORIZED CHARGES	PLAN ADDRESS
SASKATCHEWAN	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> To the extent that a hospital is able to provide it.	Within Canada: <i>In-patient:</i> Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. <i>Out-patient:</i> Total amount charged. Outside Canada: <i>In-patient:</i> Maximums apply as to rate and number of days of care. <i>Out-patient:</i> Total amount charged or a rate considered to be fair and reasonable.	None	Saskatchewan Hospital Services Plan, Department of Health, Provincial Health Bldg., 3211 Albert Street, Regina, Saskatchewan. S4S 5W6
MANITOBA (a)	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> All services except drugs and dressings in certain cases.	In Canada: Rate approved by hospital's provincial plan. Outside Canada: The greater of 75% of hospital's charges or a daily allowance if: a) emergency, b) adequate care not available in Manitoba, c) during 3 months following permanent move, d) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases.	None	Manitoba Health Services Commission, 599 Empress Street, Winnipeg, Manitoba. R3C 2T6
ONTARIO (a)	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> Broad range of essential services, physio-, occupational, speech, radio-, and inhalation therapies, diet counselling services when prescribed by a physician, and other hospital services when medically necessary.	Full rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. 75% of standard ward for elective admissions in the United States including room, board and all extras. 100% of emergencies anywhere in the world. 100% of standard ward care in all other cases occurring outside Canada or the U.S.	None	Ontario Health Insurance Plan —  HAMILTON      OTTAWA 25 Main      75 Albert St. W.,      St., L8P 4P9      K1P 5Y9 (416) 528-3481      (613) 237-9100 KINGSTON      SUDBURY 1055 Princess      295 Bond St.,      St., K7L 5A9      P3B 2J8 (613) 546-3811      (705) 675-9111 LONDON      THUNDER BAY 227 Queens      435 James Ave.,      St. S., N6A 1J8      P7C 5G6 (519) 433-4561      (807) 475-1431 TORONTO      WINDSOR 2195 Yonge      1427 Ouellette St.,      Ave., M5W 1G9      N8X 1K1 (416) 482-1111      (519) 258-7560 MISSISSAUGA 55 City Centre Dr., L5B 1M3 (416) 275-2730



**TABLE 1 — PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS (Continued)**

PROVINCE	EXTRA BENEFITS (a)	PLAN ADDRESS	PREMIUM PER MONTH (b)
QUEBEC	Optometry. Oral surgery performed in a university establishment. Drugs and related professional services (for welfare recipients and the elderly receiving a monthly guaranteed income supplement in addition to their old age pension). Dental services for children under eight.	Quebec Health Insurance Board, P.O. Box 6600, Quebec, P.Q. G1K 7T3	None (e)
NEW BRUNSWICK		Department of Health, Medicare Division, Box 5100, Fredericton, N.B. E3B 5G4	None

**TABLE 2 — PROVINCIAL HOSPITAL INSURANCE PLANS (Continued)**

PROVINCE	BENEFITS COST-SHARED	OUT-OF-PROVINCE BENEFITS (Cost-Shared)	AUTHORIZED CHARGES	PLAN ADDRESS
QUEBEC	<p><i>In-patient:</i> Standard ward including all available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> Certain psychiatric services, emergency (24 hrs.), minor surgery including x-ray and laboratory examinations and related interpretation, physiotherapy, radiotherapy, medical orthoptics, occupational therapy, audiology and speech therapy.</p>	<p>Within Canada:</p> <p><i>In-patient:</i> Approved standard ward rate.</p> <p><i>Out-patient:</i> Insured services at the prevailing rate of the hospital where these services are received.</p> <p>Outside Canada:</p> <p><i>In-patient:</i> Elective cases up to \$25 per day. Emergency or sudden illness and referral cases receiving prior approval, room and board at the ward rate plus cost of other insured services.</p> <p>Are excluded: spas, psychiatric and tuberculosis hospitals.</p> <p><i>Out-patient:</i> at the prevailing rate of the hospital where the insured services are received provided that:</p> <p>a) the services were received during the 24 hrs. following an accident.</p> <p>b) the services became necessary due to a sudden illness or emergency.</p>	None	<p>Ministry of Social Affairs, Joffre Building, 1075 Chemin Ste-Foy, Quebec, P.Q. G1A 1B9</p>
NEW BRUNSWICK	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> All approved available services.</p>	<p>In Canada:</p> <p>Complete <i>in-patient</i> coverage at standard ward rate approved by hospital's provincial plan.</p> <p><i>Out-patient:</i> Total amount charged for entitled services at rates approved by hospital's provincial plan.</p> <p>Outside Canada:</p> <p><i>In-patient coverage</i> – All-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three largest New Brunswick hospitals.</p> <p><i>Out-patient coverage</i> – Entitled out-patient services at New Brunswick rates.</p>	None	<p>Department of Health, Medicare Division, Box 5100, Fredericton, N.B. E3B 5G4</p>

**TABLE 1 — PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS (Continued)**

PROVINCE	EXTRA BENEFITS (a)	PLAN ADDRESS	PREMIUM PER MONTH (b)
NOVA SCOTIA	Optometric visual analysis Children's Dental Plan for children born after January 1, 1967; Pharmacare plan for residents over 65.	Health Services and Insurance Commission, Lord Nelson Building, 5675 Spring Garden Road, Halifax, N.S. B3J 1H2	None
PRINCE EDWARD ISLAND		Health Services Commission, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I. C1A 7P4	None

**TABLE 2 — PROVINCIAL HOSPITAL INSURANCE PLANS (Continued)**

PROVINCE	BENEFITS COST-SHARED	OUT-OF-PROVINCE BENEFITS (Cost-Shared)	AUTHORIZED CHARGES	PLAN ADDRESS
NOVA SCOTIA	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electro-encephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, as well as various emergency diagnoses and treatment within 48 hrs. of an accident and various hospital services in connection with various minor medical and surgical procedures; surgical procedures; dietary counselling.</p>	<p>Within Canada:</p> <p><i>In-patient only for</i></p> <p>a) emergencies and</p> <p>b) with prior approval of Commission of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician.</p> <p>Outside Canada:</p> <p>Ward rate up to \$100 per day plus 75% of the remainder except for infants less than 15 days old, then \$11 per day.</p>	None	<p>Health Services and Insurance Commission, Lord Nelson Building, 5675 Spring Garden Road, Halifax, N.S. B3J 1H2</p>
PRINCE EDWARD ISLAND	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> laboratory procedures as specified; radiological procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biological and related preparation for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as in-patient services.</p>	<p>Within Canada:</p> <p>1) emergency,</p> <p>2) with approval of Commission, <i>in-patient</i> and <i>out-patient</i> services.</p> <p>Outside Canada</p> <p><i>In-patient services only</i> to maximum of \$100 per day as per 1) and 2) above.</p>	None	<p>Hospital Services Commission of Prince Edward Island, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I. C1A 7P4</p>



**TABLE 1 — PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS (Concluded)**

PROVINCE	EXTRA BENEFITS (a)	PLAN ADDRESS	PREMIUM PER MONTH (b)
NEWFOUNDLAND	Children's Dental Health Program available to children up to 12 years of age. This program is administered by the Department of Health.	Newfoundland Medical Care Commission, Elizabeth Towers, Elizabeth Avenue, St. John's, Newfoundland. A1C 5J3	None
YUKON TERRITORY (f)		Yukon Health Care Insurance Plan, P.O. Box 2703, Whitehorse, Yukon. Y1A 2C6	Single — \$ 4.75 (f) Couple — \$ 9.25 (f) Family — \$11.00 (f)
NORTHWEST TERRITORIES		N.W.T. Health Care Plan, Government of the N.W.T., Yellowknife, N.W.T. X0E 1H0	None

- (a) These extra benefits are provided generally on a limited basis. For specific details, information may be obtained from the provincial plan. The federal government is not contributing towards the costs of these extra benefits.
- (b) The premiums given in the table are those for persons who do not qualify for premium assistance on account of limited income. The provisions for assistance vary from province to province.
- (c) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.
- (d) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.
- (e) There is, however, a provincial income tax surcharge which requires married persons with a net income exceeding \$5957 and single persons with net income exceeding \$3931 to contribute 0.8% of their net income for this coverage. The maximum annual contribution is \$125.00 for tax-paying employees who derive at least three-quarters of their incomes from their salaries or wages and \$200.00 in other cases.
- (f) Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums. Persons 65 years or more are premium-exempt.

**TABLE 2 — PROVINCIAL HOSPITAL INSURANCE PLANS (Concluded)**

PROVINCE	BENEFITS COST-SHARED	OUT-OF-PROVINCE BENEFITS (Cost-Shared)	AUTHORIZED CHARGES	PLAN ADDRESS
NEWFOUNDLAND	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy, where available, occupational therapy, where available, out-patient visits, emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.</p>	Same benefits as provided in the province.	None	Hospital Services Division, Department of Health, Confederation Building, St. John's, Newfoundland. A1C 5T7
YUKON TERRITORY	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examinations; day care surgical services.</p>	<p><i>In-patient:</i> Rate approved for hospital by its own provincial plan.</p> <p><i>Out-patient:</i> Same benefits as in Territory. Outside Canada: Maximum applied as to rate.</p>	None	Yukon Hospital Insurance Services, P.O. Box 2703, Whitehorse, Yukon Y1A 2C6
NORTHWEST TERRITORIES	<p><i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services.</p> <p><i>Out-patient:</i> Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; and certain day care surgical procedures.</p>	<p><i>In-patient:</i> Rate approved for hospital by its own provincial plan less N.W.T. co-insurance.</p> <p><i>Out-patient:</i> Same benefits as in N.W.T. Outside Canada: Up to maximum specified rate.</p>	<i>In-patient:</i> \$1.50 co-insurance per day for adults and children and newborns.	N.W.T. Health Care Plan, Government of the North- west Territories, Yellowknife, N.W.T. X0E 1H0

(a) These provincial plans also provide an extensive nursing home benefit. These benefits are not cost-shared under the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act. Provinces now being reimbursed under Canada Assistance Plan for revenues lost due to implementation of universal nursing home coverage.

**TABLE 3** **ACTUAL VERSUS ESTIMATED ENROLMENT AND PER CAPITA COST**  
**TABLEAU 3** **CHIFFRES RÉELS ET ESTIMATIFS DU NOMBRE D'ASSURÉS ET CÔÛT PAR HABITANT**  
**1974-75**

Province	Estimated No. of Insured Persons (a) Nombre estimatif d'assurés (a)	Actual No. of Insured Persons (b) Nombre réel d'assurés (b)	Estimated per Capita Cost Coût estimatif par habitant	Actual per Capita Cost Coût réel par habitant
Newfoundland — Terre-Neuve	545,000	543,000	41.94	41.36
Prince Edward Island — Île-du-Prince-Édouard	116,000	116,000	46.90	49.44
Nova Scotia — Nouvelle-Écosse	802,000	803,000	54.33	56.27
New Brunswick — Nouveau-Brunswick	658,000	662,000	50.01	43.80
Quebec — Québec	6,112,000	6,138,000	67.18	66.50
Ontario	8,081,000	8,112,000	79.53(c)	69.04
Manitoba	1,030,000	1,024,623	59.05(c)	57.41
Saskatchewan	913,000	920,837	53.60	54.71
Alberta	1,747,000	1,752,135	59.90	61.04
British Columbia — Colombie-Britannique	2,401,000	2,408,000	77.45(c)	71.59
Yukon	20,000	19,800	67.33	68.40
Northwest Territories — Territoires du Nord-Ouest	38,000	37,000	58.11	67.48
Canada	22,463,000	22,536,395	69.54(c)	64.92

(a) Used for calculating advance payments to provinces.

(b) Used for calculating actual cost to provinces.

(c) The estimates included costs of laboratory and radiology services totalling \$105,607,429 transferred to the Hospital Insurance Program, reducing the per capita costs in these three provinces and Canada.

(a) Utilisé pour le calcul des paiements anticipés faits aux provinces.

(b) Utilisé pour le calcul du coût réel supporté par les provinces.

(c) Les prévisions comprenaient les frais des services de laboratoire et de radiologie totalisant \$105,607,429 transférés au régime d'assurance-hospitalisation, et réduisant les coûts par personne dans le cas des trois provinces et du Canada.

**TABLE 4**  
**TABLEAU 4**

**MEDICAL CARE — SOINS MÉDICAUX**  
**FEDERAL CONTRIBUTION — CONTRIBUTION FÉDÉRALE**  
**1974-75**

	Nfld. T.-N.	P.E.I. I.-P.-É.	N.S. N.-É.	N.B. N.-B.	Que. Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta. Alb.	B.C. C.-B.	Yukon	N.W.T. T.N.-O.	Canada
Net Population (Oct 1, 1974) Population nette (1er oct. 1974)	543,000	116,000	803,000	662,000	6,138,000	8,112,000	1,007,000	905,000	1,722,000	2,408,000	19,800	37,000	22,472,800
Average Number of Insured Persons Nombre moyen d'assurés	543,000	116,000	803,000	662,000	6,138,000	8,112,000	1,024,623	920,837	1,753,135	2,408,000	19,800	37,000	22,536,395
Cost of Insured Services Coût des services assurés	22,460,791	5,735,571	45,181,051	28,997,761	408,196,747	560,076,828	58,825,273	50,382,091	106,951,325	172,387,328	1,354,275	2,496,689	1,463,045,730
Per Capita Cost of Insured Services Coût par capita des services assurés	41.36	49.44	56.27	43.80	66.50	69.04	57.41	54.71	61.04	71.59	68.40	67.48	64.92
50% Nat. Per Capita Cost 50% du coût national per capita													32.46
Total Federal Contribution Total de la contribution fédérale	17,625,575	3,765,316	26,065,077	21,488,270	199,237,160	263,312,454	33,258,875	29,890,021	56,873,640	78,162,770	642,701	1,201,006	731,522,865

**PAID AS FOLLOWS:  
PAYÉE COMME SUIV:**

a) Advances d) during 1974-75 pendant 1974-75	17,054,400	3,630,000	25,096,800	20,589,600	191,257,200	252,871,200	32,230,800	28,569,600	54,667,200	75,132,000	626,400	1,189,200	702,914,400
b) Final payment in 1975-76 Versement final en 1975-76	293,500	69,400	495,900	459,000	4,079,700	5,339,200	535,100	546,400	639,100	1,550,600	8,400	6,400	14,022,900
	277,675	65,916	472,377	439,670	3,900,260	5,102,054	492,975	774,021	1,567,140	1,480,170	7,901	5,406	14,585,565
Total Federal Contribution Total de la contribution fédérale	17,625,575	3,765,316	26,065,077	21,488,270	199,237,160	263,312,454	33,258,875	29,890,021	56,873,640	78,162,770	642,701	1,201,006	731,522,865

**NOTE:** The federal contribution is the amount payable to the provinces under the Medical Care Act with respect to cost of insured services rendered by physicians and paid to them by the provinces. The total federal contribution with respect to a particular fiscal year is paid over a period of two fiscal years as follows:

- Monthly advances paid during the year equal to 90% of the estimated federal contribution calculated prior to the commencement of the fiscal year.
- Advance on final payment paid in the following fiscal year, equal to 50% of the estimated adjustment based on unaudited reports of actual costs from each province.
- Final adjustment payment, paid in the following fiscal year, equal to the difference between the actual contributions as calculated on the basis of audited cost reports from each province and the amount of the advances previously paid.

**NOTE:** La contribution fédérale est le montant payable aux provinces en vertu de la Loi sur les soins médicaux en ce qui a trait au coût des services assurés rendus par les médecins et qui leur est versé par les provinces. La contribution fédérale totale ayant trait à une année financière est payée sur une période s'échelonnant sur deux années financières comme suit:

- des avances mensuelles payées durant l'année équivalent à 90% des estimations de la contribution fédérale calculée avant le commencement de l'année financière,
- une avance de l'ajustement du paiement final payée durant l'année financière suivante et représentant 50% de l'estimation du coût réel de chaque province en vertu des rapports non vérifiés,
- paiement de l'ajustement final, versé au cours de l'année financière suivante et égal à la différence entre les contributions réelles, telles qu'elles sont calculées selon les rapports vérifiés et les montants payés antérieurement.



**TABLE 5**  
**TABLÉAU 5**

<b>PAYMENTS TO PROVINCES IN 1974-75</b> <b>VERSEMENTS AUX PROVINCES EN 1974-75</b>				
	Total of Monthly Advance Payments for 1974-75 Total des avances mensuelles en 1974-75	Payment of 50% Estimated Final Adjustment for 1973-74 Versement de 50% de la prévision de redressement final de 1973-74	Payment of Remainder of final adjustment for 1973-74 Versement du solde du redressement final de 1973-74	Total Payments in 1974-75 Total des paiements en 1974-75
Newfoundland Terre-Neuve	17,054,400	644,700	644,826	18,343,926
Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard	3,630,000	159,700	159,792	3,949,492
Nova Scotia Nouvelle-Écosse	25,096,800	1,055,800	1,055,843	27,208,443
New Brunswick Nouveau-Brunswick	20,589,600	900,200	900,337	22,390,137
Quebec Québec	191,257,200	7,957,200	7,958,063	207,172,463
Ontario	252,871,200	11,147,200	11,148,361	275,166,761
Manitoba	32,230,800	1,350,900	1,351,008	34,932,708
Saskatchewan	28,569,600	1,028,500	1,028,597	30,626,697
Alberta	54,667,200	2,378,400	2,378,706	59,424,306
British Columbia Colombie-Britannique	75,132,000	3,204,400	3,204,666	81,541,066
Yukon	626,400	25,800	25,809	678,009
Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest	1,189,200	33,400	33,337	1,255,937
<b>TOTAL</b>	<b>702,914,400</b>	<b>29,886,200</b>	<b>29,889,345</b>	<b>762,689,945</b>

**NOTE:** Payments in a particular fiscal year are the amounts actually paid to the provinces by the federal government and consist of:  
(a) Advance payments equal to 80% of the estimated contributions calculated prior to the commencement of the fiscal year;  
(b) Advance payments equal to 50% of the estimated final adjustment for previous fiscal year based on unaudited report of actual cost from each province;  
(c) The final adjustment payment with respect to the previous fiscal year equal to the difference between the actual contributions, as calculated on the basis of audited costs, and advances previously paid.

**NOTE:** Les paiements effectués dans une année financière particulière sont les montants payés aux provinces par le gouvernement fédéral et consistent en:  
(a) des avances égales à 80% de l'estimation des contributions calculées avant le commencement de l'année financière;  
(b) une avance égale à 50% de l'estimation du redressement du paiement final pour l'année financière antérieure et calculée au moyen des rapports non vérifiés sur le coût réel de chaque province;  
(c) le paiement du redressement final pour l'année financière antérieure égal à la différence entre les contributions réelles telles qu'elles sont calculées selon les rapports vérifiés et les montants versés antérieurement.

**TABLE 6(A)**  
**TABLEAU 6(A)**

**MEDICAL CARE ACT**  
**Loi sur les soins médicaux**

**Cost of Insured Services by Province**  
**Coût des services assurés par province**

**1968-69 to 1974-75**  
**de 1968-1969 à 1974-1975**

	Estimated Costs as used for Calculation of Advance Payments				Coûts estimatifs utilisés pour le calcul des versements anticipés			
	1968 to 1970-71	1971-72	1972-73	1973-74	1974-75	TOTAL		
Newfoundland Terre-Neuve	27,411,695	16,695,000	17,017,000	19,200,000	22,860,000	103,183,695		
Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard	603,075	3,978,335	4,463,800	4,814,000	5,440,000	19,299,210		
Nova Scotia Nouvelle-Écosse	54,086,358	33,356,774	35,668,000	40,235,000	43,572,000	206,918,132		
New Brunswick Nouveau-Brunswick	1,859,618	25,016,433	22,493,930	26,479,000	32,903,384	108,752,365		
Quebec Québec	81,406,966	336,729,000	338,439,708	365,301,000	410,628,000	1,532,504,674		
Ontario	561,142,916	472,148,340	541,075,721	574,709,413	642,709,582	2,791,785,972		
Manitoba	92,709,747	56,556,730	58,227,000	51,900,000	60,825,000	320,218,477		
Saskatchewan	87,634,921	38,573,360	46,259,000	46,629,586	48,938,450	268,035,317		
Alberta	124,468,033	89,983,943	95,368,444	99,875,900	104,650,212	514,346,532		
British Columbia Colombie-Britannique	275,971,660	135,123,570	147,200,456	160,607,748	185,948,631	904,852,065		
Yukon	—	—	1,164,240	1,235,000	1,346,684	3,745,924		
Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest	—	1,384,000	1,355,326	1,670,000	2,208,000	6,617,326		
<b>TOTAL</b>	<b>1,307,294,989</b>	<b>1,209,545,485</b>	<b>1,308,732,625</b>	<b>1,392,656,647</b>	<b>1,562,029,943</b>	<b>6,780,259,689</b>		

Note: The estimates included the costs of radiology and laboratory services transferred to the Hospital Insurance Program totalling \$121,607,929. Had these transfers been known at the time the estimates were prepared, the aggregate advance estimates would have totalled \$6,659 million - see footnote Table 6(B)

Note: Les prévisions comprenaient les coûts des services de laboratoire et de radiologie, transférés au programme d'assurance-hospitalisation et totalisant \$121,607,929. Si ces transferts avaient été signalés lors de la préparation des prévisions, les versements anticipés globaux auraient totalisé 6,659 millions de dollars - voir note explicative au tableau 6(B)

**TABLE 6(B)  
TABLEAU 6(B)**

**MEDICAL CARE ACT**

**Cost of Insured Services by Province  
1968-69 to 1974-75**

**Final Costs for Calculating Contributions**

**LOI SUR LES SOINS MÉDICAUX**

**Coût des services assurés par province  
de 1968-1969 à 1974-1975**

**Coûts finals utilisés pour le calcul  
des contributions**

	Date of Entry Date d'adhésion	1968-69—1970-71	1971-72	1972-73	1973-74	1974-75	TOTAL	Costs under (over) estimates Différence en moins (ou en plus) des coûts sur les estimations
Newfoundland Terre-Neuve	April 1, 1969 1er avril 1969	27,231,845	15,763,046	17,083,171	20,432,491	22,460,791	102,971,344	212,351
Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard	December 1, 1970 1er décembre 1970	606,410	4,294,957	4,595,645	4,751,482	5,735,571	19,984,065	(684,855)
Nova Scotia Nouvelle-Écosse	April 1, 1969 1er avril 1969	51,921,440	32,935,739	36,179,835	38,849,111	45,181,051	205,067,176	1,850,956
New Brunswick Nouveau-Brunswick	Jan 1, 1971 1er janvier 1971	2,105,138	21,139,685	24,060,926	26,609,194	28,997,761	102,912,704	5,839,661
Quebec Québec	November 1, 1970 1er novembre 1970	66,877,475	303,441,409	338,298,891	372,119,312	408,196,747	1,488,933,834	43,570,840
Ontario	October 1, 1969 1er octobre 1969	565,520,633	479,716,124	531,455,985	551,164,006	560,076,828	2,687,933,576	103,852,396
Manitoba	April 1, 1969 1er avril, 1969	92,464,517	54,957,880	47,166,614	53,910,308	58,825,273	307,324,592	12,893,885
Saskatchewan	July 1, 1968 1er juillet 1968	83,237,461	40,025,240	43,418,094	45,169,019	50,382,091	262,231,905	5,803,412
Alberta	July 1, 1969 1er juillet 1969	124,339,220	86,572,984	92,989,631	94,368,031	106,951,325	505,221,191	9,125,341
British Columbia Colombie-Britannique	July 1, 1968 1er juillet 1968	278,864,604	132,459,901	142,763,467	162,757,882	172,387,328	889,233,182	15,618,883
Yukon	April 1, 1972 1er avril 1972	—	—	732,435	1,144,091	1,354,275	3,230,801	515,123
Northwest Territories Territoires du Nord Ouest	April 1, 1971 1er avril 1971	—	1,028,687	1,618,955	1,666,563	2,426,689	6,810,894	(193,568)
<b>TOTAL</b>		<b>1,293,168,743</b>	<b>1,172,335,652</b>	<b>1,280,363,649</b>	<b>1,372,941,490</b>	<b>1,463,045,730</b>	<b>6,581,855,264</b>	<b>198,404,425</b>

Note: Transfers to Hospital Insurance and Diagnostic Services Program.  
Note: Transferts au programme d'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques

Ontario	6,661,500							
Manitoba		9,103,300						
Saskatchewan				235,700				
British Columbia					27,003,000			
Colombie-Britannique						105,607,429		
<b>TOTAL</b>	<b>6,661,500</b>	<b>9,103,300</b>	<b>235,700</b>	<b>27,003,000</b>	<b>105,607,429</b>	<b>121,607,929</b>		

**TABLE 7**  
**TABLEAU 7**

**MEDICAL CARE ACT**

**Adjusted<sup>(a)</sup> Per Capita Costs of Insured Services  
and Percentage Changes, Canada, by Province,  
1968-69 to 1974-75**

**Adjusted Per Capita Costs (\$)  
Coûts (\$) rectifiés par personne**

	1968-69	1969-70	1970-71	1971-72	1972-73	1973-74	1974-75		1969-70	1970-71	1971-72	1972-73	1973-74	1974-75	Average Annual Rate of Change Taux de changement annuel moyen
Saskatchewan	28.18	31.27	35.83	42.06	46.15	50.08	55.67		11.0	14.6	17.4	9.7	8.5	11.2	12.0
British Columbia Colombie-Britannique	43.08	46.89	49.98	52.74	55.77	60.79	71.59		8.8	6.6	5.5	5.8	9.0	17.8	8.8
2 Provinces	38.08	41.85	45.66	49.58	53.01	57.80	67.24		9.9	9.1	8.6	6.9	9.0	16.3	9.9
Newfoundland Terre-Neuve		26.87	28.90	30.02	31.99	37.98	41.36			7.6	3.9	6.6	18.7	8.9	9.0
Nova Scotia Nouvelle-Écosse		36.32	39.50	42.44	46.21	48.99	56.27			8.8	7.4	8.9	6.0	14.9	9.2
Ontario		48.79	51.68	55.75	58.93	59.45	67.26			5.9	7.9	5.7	0.9	13.1	6.6
Manitoba		44.95	48.66	50.03	50.92	53.26	58.42			8.3	2.8	1.8	4.6	9.7	5.4
Alberta		48.14	51.68	53.21	56.19	55.97	62.11			7.4	3.0	5.6	-0.4	11.0	5.2
7 Provinces		45.49	48.70	52.14	55.22	57.00	64.63			7.1	7.1	5.9	3.2	13.4	7.3
Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard			35.67	38.69	40.67	41.68	49.44				8.5	5.1	2.5	18.6	8.5
New Brunswick Nouveau-Brunswick			31.31	33.45	37.60	41.00	43.80				6.8	12.4	9.0	6.8	8.8
Quebec Québec			46.62	50.68	55.57	60.91	66.82				8.7	9.7	9.6	9.7	9.4
10 Provinces			47.52	51.10	54.72	57.53	64.54				7.5	7.1	5.1	12.2	8.0
Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest				41.50	43.76	49.84	62.68					5.5	13.9	25.4	14.6
Yukon					54.37	57.21	68.40						5.2	19.6	12.2
Canada					54.70	57.52	64.54						5.2	12.2	8.5

(a) Adjustments include:

- (1) Actual costs for the first year of participation were annualized (i.e. calculated costs are based upon the assumption that provinces had fully participated for the entire fiscal year);
  - (2) counts of the number of insured persons were normalized, e.g. to remove the effects of switching from pre-Census population estimates to post-Census population estimates, and to minimize the effects of year-to-year changes in the number of insured persons resulting entirely from administrative decisions regarding the beneficiary counts that are accepted for cost-sharing purposes;
  - (3) in provinces where responsibility for certain radiology and laboratory services was transferred, for purposes of federal-provincial cost-sharing, from the Medical Care to the Hospital Insurance plan (Saskatchewan, British Columbia, Ontario and Manitoba), it was assumed that the estimated costs of such services were never covered under the Medical Care program;
  - (4) other adjustments were made to neutralize the effects of non-recurring changes in particular years in Quebec, Ontario, and the Northwest Territories.
- No adjustments were made for year-to-year changes in claims inventories, i.e. for year-to-year changes in the estimated value of services rendered, but not paid, at the end of the fiscal year.

**LOI SUR LES SOINS MÉDICAUX**

**Coûts rectifiés<sup>(a)</sup> par personne des services  
assurés et modifications procentuelles, au  
Canada, par province, de  
1968-1969 à 1974-1975**

**Percentage Changes in Adjusted Per Capita Costs  
Modifications procentuelles des  
coûts rectifiés par personne**

(a) Les rectifications comprennent:

- (1) Les coûts réels pour la première année de participation ont été calculés sur une base annuelle (les coûts sont fondés sur l'hypothèse que les provinces ont participé pleinement au régime pendant toute l'année financière);
- (2) le nombre normalisé d'assurés pour annuler, par exemple, les effets de l'écart entre les prévisions démographiques antérieures et postérieures au recensement et pour minimiser les repercussions des changements d'une année à l'autre dans le nombre d'assurés, provenant entièrement des décisions administratives concernant le nombre des bénéficiaires reconnus aux fins du partage des frais;
- (3) dans les provinces où la responsabilité, pour certains frais de service de laboratoire et de radiologie, a été transférée, pour les besoins des programmes fédéraux-provinciaux à frais partagés, du régime d'assurance maladie au régime d'assurance-hospitalisation (Saskatchewan, Colombie-Britannique, Ontario et Manitoba), on a considéré que les coûts estimatifs de tels services n'avaient jamais été garantis par le régime d'assurance-maladie;
- (4) les autres redressements ont été apportés pour neutraliser les effets des changements exceptionnels qui se sont produits certaines années au Québec, en Ontario et dans les Territoires du Nord-Ouest.

Aucun redressement n'a été apporté aux modifications, d'une année à l'autre, des inventaires des demandes, soit les changements d'une année à l'autre dans la valeur estimative des services donnés, mais non payés, à la fin de l'année financière



TABLEAU 2 - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION (Fin)

SERVICES À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE (Frais partagés)	SERVICES À FRAIS PARTAGÉS	FRAIS AUTORISÉS	ADRESSE	PROVINCE	TERRITOIRES DU NORD-OUEST
<i>Malades hospitalisés: salle ordinaire et tous les services approuvés et tous les services disponibles.</i>	<i>Malades non hospitalisés: traitement d'urgence et post- hospitalier de blessures; examens radiologiques médicalement requis et analyses nécessaires au diagnostic; examens de laboratoire; petite chirurgie; physiothérapie et radiothérapie quand elles sont disponibles et certaines interventions chirurgicales de jour.</i>	<i>Malades hospitalisés: tarif approuvé pour l'hôpital par le régime hospitalier de la province moins les frais modérateurs des Territoires du Nord-Ouest.</i>	<i>Malades hospitalisés: \$1.50 de frais autorisés par jour pour adultes, enfants et nouveau-nés.</i>	Régime de l'assurance- santé des Territoires du Nord-Ouest Gouvernement des Terri- toires du Nord-Ouest (T. DU N.-O.) XOE 1H0 YELLOWKNIFE	

Ces régimes provinciaux offrent également un service étendu de maisons de repos. Ces services ne font pas l'objet d'un partage de frais en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Les provinces reçoivent du service des maisons de repos à toute la population. d'assistance publique du Canada pour la perte de revenu due à l'extension du service des maisons de repos à toute la population.

TABLEAU 1 - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE (Fin)

PROVINCE	SERVICES SUPPLÉMENTAIRES	ASSURÉS (a)	ADRESSE	PRIME MENSUELLE
TERritoires du NORD-OUEST			Régime de l'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest YELLOWKNIFE (T. du N.-O.) XOE 1H0	Aucune

- a) Ces services supplémentaires sont généralement limités. Pour plus de précisions, s'adresser au régime de la province. Le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces services supplémentaires.
- b) Les primes indiquées dans le tableau s'appliquent aux personnes qui n'ont pas droit à l'assistance-prime accordée aux personnes à faible revenu. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.
- c) L'exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si l'un des membres de l'unité familiale est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport à l'assurance-maladie.
- d) Taux pour l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation combinées. Exemption de prime si l'un des membres de l'unité familiale est âgé de 65 ans ou plus et résidant dans la province depuis au moins les 12 derniers mois.
- e) Les gens mariés dont le revenu net dépasse \$5957 et les personnes seules dont le revenu net dépasse \$3931 sont tenus de verser 0,8% de leur revenu net pour cette assurance. La contribution annuelle maximale est de \$125 pour les contributions des salariés dont au moins les trois quarts du revenu proviennent de salaires ou traitements et \$200 pour les autres.
- f) La garantie dépend de la résidence et non de l'acquisition des primes. Les personnes de 65 ans et plus sont exemptées des primes.

TABLEAU 2 - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION (Suite)

PROVINCE	SERVICES À FRAIS		L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE	FRAIS AUTORISÉS	ADRESSE
	PARTAGÉS	(Frais partagés)			
LE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	<p><i>Malades hospitalisés</i>: salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: examens de laboratoire tels qu'ils sont précisés; services de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs, médicaments, substances biologiques et autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services indiqués comme services aux malades hospitalisés.</p>		<p>Au Canada: 1) urgence 2) services aux malades hospitalisés et non hospitalisés, avec l'approbation de la Commission.</p> <p>A l'extérieur du Canada: services aux malades hospitalisés seulement: maximum de \$100 par jour, aux conditions indiquées en 1) et 2) ci-dessus.</p>	Aucuns	<p>Commission des services hospitaliers de l'Île-du-Prince-Édouard</p> <p>B.P. 4500</p> <p>CHARLOTTETOWN (Î.-du-P.-É.)</p> <p>CIA 7P4</p>
TERRE-NEUVE	<p><i>Malades hospitalisés</i>: salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: laboratoire, radiologie, autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; radiothérapie et physiothérapie, si ces services sont offerts; ergothérapie, si disponible, visites aux malades non hospitalisés, visites d'urgence, salle d'opération et tous les appareils et médicaments et fournitures médicales et chirurgicales utilisés dans un hôpital.</p>		<p>Mêmes services que dans la province.</p>	Aucuns	<p>Division des services hospitaliers</p> <p>Ministère de la Santé</p> <p>Immeuble de la Confédération</p> <p>SAINT-JEAN (T.-N.)</p> <p>AIC 5T7</p>
YUKON	<p><i>Malades hospitalisés</i>: salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: laboratoire, radiologie et autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement de blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui font partie du travail ordinaire du médecin; services chirurgicaux de jour.</p>		<p><i>Malades hospitalisés</i>: tarif approuvé pour l'hôpital par le régime hospitalier de la province.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: mêmes services que dans la province.</p> <p>A l'extérieur du Canada: tarif maximal.</p>	Aucuns	<p>Service d'assurance-hospitalisation du Yukon</p> <p>B.P. 2703</p> <p>WHITEHORSE (Yukon)</p> <p>YIA 2C6</p>

TABLEAU 1 - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE (suite)

PROVINCE	SERVICES SUPPLÉMENTAIRES	ADRESSE	PRIME MENSUELLE (b)
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD		Commission des services de santé B.P. 4500 CHARLOTTETOWN (I.-P.-É.) CIA 7P4	Aucune
TERRÉ-NEUVE	Programme d'hygiène dentaire pour les enfants; offert aux enfants jusqu'à l'âge de 12 ans. Ce programme est administré par le ministère de la Santé	Commission des soins médicaux de Terre-Neuve Tours Elizabeth, Avenue Elizabeth SAINT-JEAN (T.-N.) AIC 5S3	Aucune
YUKON (f)	Régime de l'assurance-maladie du Yukon B.P. 2703 WHITEHORSE (Yukon) YIA 2C6	Personne seule — \$ 4.75 (f) Couple — \$ 9.25 (f) Famille — \$11.06 (f)	



TABLEAU 2 - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION (suite)

SERVICES À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE	SERVICES À FRAIS PARTAGÉS	FRAIS AUTORISÉS	ADRESSE
NOUVEAU-BRUNSWICK	<p><i>Malades hospitalisés</i>: salle ordinaire et tous les services approuvés</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: services approuvés disponibles</p> <p>Tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: la salle ordinaire approuvée par le régime hospitalier de la province.</p> <p>Tous les services approuvés disponibles.</p>	<p>Au Canada:</p> <p><i>Malades hospitalisés</i>: totalité des frais des services assurés au tarif approuvé par le régime hospitalier de la province.</p> <p>A l'extérieur du Canada: <i>Malades hospitalisés</i>: tous les frais ne dépassant pas le tarif moyen de la salle ordinaire (au dollar le plus près) des trois plus grands hôpitaux de la province.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: services assurés aux malades non hospitalisés aux tarifs du Nouveau-Brunswick.</p>	<p>Ministère de la Santé Division de l'assurance-maladie B.P. 100 FREDERICTON (N.-B.) E3B 5G4</p>
NOUVELLE-ÉCOSSE	<p><i>Malades hospitalisés</i>: salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: vaste éventail de services essentiels approuvés par le régime, comprenant: analyses de laboratoire, médicaments nécessaires, examens électro-encéphalographiques et radiologiques, radiothérapie pour maladies malignes ou bénignes, électro-cardiogrammes, installations de physiothérapie, s'il y en a, divers médicaments, services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, hémodialyse, méthodes diagnostiques au moyen des ultrasons et analyse des résultats, électro-cardiogramme et analyse des résultats, divers cas d'urgence traités dans les 48 heures suivant un accident et divers services hospitaliers relatifs à des interventions chirurgicales ou médicales d'ordre mineur; consultation diététique.</p>	<p>Au Canada:</p> <p><i>Malades hospitalisés seulement</i>: a) les cas d'urgence et b) avec l'approbation préalable de la Commission pour les traitements médicaux requis, suivis à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse, et recommandés par un médecin de la Nouvelle-Écosse. A l'extérieur du Canada: tarif de la salle jusqu'à concurrence de \$100 par jour, plus 75% des frais restants; pour les nourrissons de moins de 15 jours, \$11 par jour.</p>	<p>Commission de l'assurance et des services de santé Immeuble Lord Nelson 5675, chemin Spring Garden HALIFAX (N.-É.) B3J 1H2</p>

TABLEAU 1 - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE (suite)

SERVICES SUPPLÉMENTAIRES ASSURÉS (a)	ADRESSE	PRIME MENSUELLE (b)
NOUVEAU- BRUNSWICK	Ministère de la Santé Division de l'assurance-maladie B.P. 5100 FREDERICTON (N.-B.) E3B 5G4	Aucune
NOUVELLE- ÉCOSSE	Examen de la vue. Régime d'assurance dentaire pour enfants nés après le 1er janvier 1967; Régime d'assurance-médicaments pour les résidents de plus de 65 ans. Commission de l'assurance et des services de santé Immeuble Lord Nelson 5675, chemin Spring Garden Halifax (N.-É.) B3J 1H2	Aucune

TABLEAU 2 - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION (suite)

PROVINCE	SERVICES À FRAIS PARTAGÉS	(Frais partagés)	FRAIS AUTORISÉS	ADRESSE
ONTARIO (a)	<p><i>Malades hospitalisés</i>: salle ordinaire et tous les services canadiens moins les frais modérateurs ou les frais d'établissement de la province en cause. 75% du tarif de la salle ordinaire pour les cas d'hospitalisation facultative aux États-Unis, y compris logement, et pension et tous les services supplémentaires. 100% des frais des services d'urgence partout dans le monde. Plein tarif de la salle ordinaire dans tous les autres cas survenant à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.</p>	<p>Plein tarif des autres provinces</p> <p>Aucuns</p> <p>Régime d'assurance-maladie de l'Ontario</p> <p>HAMILTON 25-ouest, rue Main L8P 4P9 (416) 528-3481</p> <p>KINGSTON 1055, rue Princess K7L 5A9 (613) 546-3811</p> <p>LONDON 227, av. Queens N6A 1J8 (519) 433-4561</p> <p>TORONTO 2195, rue Yonge M5W 1G9 (416) 482-1111</p> <p>MISSISSAUGA 55, promenade City Centre L5B 1M3 (416) 275-2730</p> <p>THUNDER BAY 435-sud, rue James P7C 5G6 (807) 475-1431</p> <p>SUDBURY 295, rue Bond P3B 2J8 (705) 675-9111</p> <p>OTTAWA 75, rue Albert K1P 5Y9 (613) 237-9100</p>	<p>Aucuns</p>	<p>Ministère des Affaires sociales Édifice Joffre 1075, chemin Ste-Foy QUÉBEC (Québec) G1A 1B9</p>
QUÉBEC	<p><i>Malades hospitalisés</i>: salle ordinaire et tous les services disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: certains services psychiatriques, services d'urgence (24 h), petite chirurgie, radiographie, analyses de laboratoire et interprétations connexes, physiothérapie, orthopédie, radiothérapie, médicale, ergothérapie, audiologie et orthophonie.</p>	<p>Au Canada:</p> <p><i>Malades hospitalisés</i>: tarif de la salle ordinaire approuvé.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: services assurés, au tarif de l'hôpital en cause.</p> <p>A l'extérieur du Canada: cas d'hospitalisation facultative: jusqu'à \$ 25 par jour. Urgence ou maladie subite et maladie dirigée pour traitement après autorisation préalable; logement et pension au tarif de la salle ordinaire plus les frais des autres services assurés. Sont exclus: les stations thermales, les sanatoriums, les hôpitaux psychiatriques. <i>Malades non hospitalisés</i>: tarif de l'hôpital ou les services assurés sont dispensés, pourvu qu'ils le soient dans les 24 heures suivant un accident b) qu'ils soient devenus nécessaires par suite d'une maladie subite ou d'une urgence.</p>	<p>Aucuns</p>	

TABLEAU 1 - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE (suite)

PROVINCE	SERVICES SUPPLÉMENTAIRES ASSURÉS (a)	ADRESSE	PRIME MENSUELLE (b)		
				Personne seule	Famille
ONTARIO	Optométrie, chiropraxie, podiatrie, ostéopathie (Prestations aux malades non hospitalisés pour le coût des traitements de physiothérapie et des services d'ambulance.) Les services du programme de soins à domicile; matériel, appareillage et médicaments pour la dialyse rénale et la suralimentation à domicile. (Le ministère provincial de la Santé administre un régime de médicaments gratuits pour certaines catégories de personnes âgées ou infirmes, et les personnes à revenu modeste.)	Régime d'assurance-maladie de l'Ontario HAMILTON 25-ouest, rue Main L8P 4P9 (416) 528-3481 KINGSTON 1055, rue Princess K7L 5A9 (613) 546-3811 LONDON 227, av. Queens N6A 1J8 (519) 433-4561 TORONTO 2195, rue Yonge M5W 1G9 (416) 482-1111 MISSISSAUGA 55, promenade City Centre L5B 1M3 (416) 275-2730			
QUÉBEC	Optométrie, Chirurgie buccale effectuée dans un établissement universitaire. Médicaments et services professionnels (pour les assistés sociaux et les personnes agées recevant un supplément de revenu garanti mensuel en plus de leur pension de vieillesse). Services dentaires pour enfants de moins de huit ans.	Régie de l'assurance-maladie du Québec B.P. 6600 QUÉBEC (Québec) G1K 7T3	Aucune (c)		



TABLEAU 2 - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION (Suite)

PROVINCE	SERVICES À FRAIS PARTAGÉS	L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE (Frais partagés)	FRAIS AUTORISÉS	ADRESSE	
SASKATCHEWAN	<p><i>Malades hospitalisés</i>: salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades hospitalisés</i>: tarif de la salle ordinaire, moins les frais modérateurs, le cas échéant.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: peut assurer le service.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: dans la mesure où un hôpital approuvé est disponible.</p>	<p>Au Canada:</p> <p><i>Malades hospitalisés</i>: tarif de la salle ordinaire, moins les frais modérateurs, le cas échéant.</p> <p>A l'extérieur du Canada:</p> <p><i>Malades hospitalisés</i>: maximum du tarif et du nombre de journées de soins.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: coût total ou montant jugé raisonnable.</p>	Aucuns	<p>Régime des services hospitaliers de la Saskatchewan</p> <p>Ministère de la Santé</p> <p>3211, rue Albert</p> <p>REGINA (Saskatchewan)</p> <p>S4S 5W6</p>	
MANITOBA (a)	<p><i>Malades hospitalisés</i>: salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements.</p>	<p>Au Canada:</p> <p>tarif approuvé par le régime hospitalier de la province.</p> <p>A l'extérieur du Canada:</p> <p>la plus élevée de ces sommes: 75% des frais ou une allocation quotidienne, dans les cas suivants:</p> <p>a) urgence</p> <p>b) les soins requis ne peuvent être dispensés au Manitoba</p> <p>c) soins dispensés dans les 3 mois suivant le départ permanent</p> <p>d) absence temporaire pour travail ou études</p> <p>La moins élevée de ces deux sommes: 75% des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation facultative.</p>	Aucuns	<p>Commission des services de santé du Manitoba</p> <p>599, rue Empress</p> <p>WINNIPEG (Manitoba)</p> <p>R3C 2T6</p>	

TABLEAU 1 - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE (Suite)

SERVICES SUPPLÉMENTAIRES ASSURÉS (a)	PROVINCE	ADRESSE	PRIME MENSUELLE (b)
Optométrie, chiropraxie, cas envoyés par un dentiste pour le traitement d'une fissure palatine et pour des travaux d'orthodontie. Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes valides d'assurance-maladie sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ceux-ci comprennent un régime de subventions pour prothèses auditives, la dispensation de prothèses et d'appareils orthopédiques, un régime de soins dentaires pour enfants, des médicaments de prescription jusqu'à \$ 1000 par an pour les résidents atteints d'affection rénale chronique au stade terminal qui reçoivent des services de dialyse rénale ou des services précédant ou suivant une greffe de rein, des programmes pour la fibrose kystique et la paraplégie et d'autres programmes pour handicapés physiques.	SASKATCHEWAN	Commission de l'assurance-maladie de la Saskatchewan Immeuble de la Santé provinciale 3211, rue Albert REGINA (Saskatchewan) S4S 0A8	Aucune
Certains services d'optométrie et de chiropraxie, Prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Lentilles cornéennes requises après opération d'une cataracte congénitale. Yeux artificiels. Un régime pour les médicaments de prescription. Un programme de soins personnels.	MANITOBA	Commission des services de santé du Manitoba 599, rue Empress WINNIPEG (Manitoba) R3C 2T6	Aucune

TABLEAU 2 - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION

PROVINCE	SERVICES À FRAIS PARTAGÉS	FRAIS AUTORISÉS	ADRESSE
LOMBIE-BRITANNIQUE	<p><i>Malades hospitalisés</i>: salle commune, tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: services d'urgence, petite chirurgie, soins chirurgicaux de jour, traitement des cancéreux non hospitalisés, soins psychiatriques de jour et de nuit, services de réadaptation dispensés de jour, services de traitement de la toxicomanie, services de physiothérapie, traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie aux malades non hospitalisés (dans les hôpitaux désignés), services de consultation diététique.</p>	<p>a) <i>Malades hospitalisés</i>: Au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12<sup>e</sup> mois suivant le mois du départ d'une province - absence maximale de 12 mois, sauf disposition contraire.</p> <p>b) Aux malades dirigés pour traitements avec l'approbation du sous-ministre.</p> <p>c) À l'extérieur du Canada: un maximum de \$ 75 par jour pour les adultes et enfants hospitalisés et de \$ 12 par jour pour les nouveau-nés (devises canadiennes).</p> <p>d) \$ 1 pour les services de psychiatrie aux malades non hospitalisés.</p> <p>e) \$ 1 pour les services de physiothérapie aux malades non hospitalisés.</p> <p>f) \$ 1 pour les services de physiothérapie aux malades non hospitalisés.</p> <p>g) \$ 1 pour les services de jour aux diabétiques.</p> <p>h) \$ 1 pour les services de réadaptation de jour.</p> <p>i) \$ 1 pour chaque séance de consultation diététique.</p>	<p>Programmes hospitaliers Ministère de la Santé Immeuble du Parlement VICTORIA (C.-B.) V8V1X4</p>
ROBERTA	<p><i>Malades hospitalisés</i>: salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: 100% du coût de tous les services externes offerts par l'hôpital; 100% du coût de tous les services de diagnostic et de physiothérapie donnés dans des établissements approuvés en dehors de tous les services externes rendus dans les cliniques provinciales du cancer; les services de consultation diététique.</p>	<p><i>Malades hospitalisés</i>: 100% du coût des services approuvés offerts au Canada. A l'extérieur du Canada, la moins élevée de ces deux sommes: \$ 50 par jour ou le coût réel, moins les frais autorisés.</p> <p><i>Malades non hospitalisés</i>: 100% du coût de tous les services donnés dans les hôpitaux du Canada aux taux approuvés. A l'extérieur du Canada, coût réel pour les services de moins de \$ 25; pour ceux de plus de \$ 25, la plus petite de ces deux sommes: le montant demandé par l'hôpital ou le montant payable en Alberta (minimum \$ 25).</p>	<p>Commission des Services hospitaliers de l'Alberta B.P. 2222 9945-108<sup>e</sup> rue EDMONTON (Alberta) T5J 2P4</p>

SERVICES ASSURÉS: TOUTS LES SERVICES DE MÉDECIN QUI SONT REQUIS DU POINT DE VUE MÉDICAL ET CERTAINS DE CHIRURGIE BUCCALE DISPENSÉS DANS UN HÔPITAL PAR UN CHIRURGIEN-DENTISTE. CES SERVICES SONT PRIS EN CHARGE CONJOINTEMENT PAR LES PROVINCES ET LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

TABLEAU 1 - RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE

PROVINCE	SERVICES SUPPLÉMENTAIRES ASSURÉS (a)	ADRESSE	PRIME MENSUELLE (b)
COLOMBIE-BRITANNIQUE	Ophtalmétrie, chiroptaxie, médecine naturelle, physiothérapie, podiatrie, soins orthoptiques, services des infirmières de la Croix-Rouge, de l'Ordre de Victoria ou d'infirmières particulières. Services orthodontiques pour bec-de-lièvre et (ou) fissure palatine. (Programme de médicaments de prescription gratuits pour les personnes de plus de 65 ans et programme d'aide médicaments pour les personnes de moins de 65 ans dont la prime est subventionnée à 90%; ces deux programmes sont administrés par le ministère des Ressources humaines. Immeuble du Parlement, VICTORIA (C.-B.))	Commission des services médicaux, Immeuble du Parlement, VICTORIA (C.-B.) 1410, rue du Gouvernement VICTORIA (C.-B.) V8V 1Z2	Personne seule — \$ 5.00 Couple — \$10.00 Famille — \$12.50
ALBERTA	Soins dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements, optométrie, chiroptaxie, soins podiatriques, et appareils. Une assurance facultative est offerte par la commission qui donne, à prix réduit, des cartes de membre de la Croix-Bleue de l'Alberta aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe. Pour les résidents de plus de 65 ans et les personnes à leur charge, le gouvernement prend en charge la plus grande partie du coût de lunettes et le coût intégral des prothèses auditives, ainsi que des soins dentaires y compris les dentiers, l'appareillage et les fournitures de nature médicale et chirurgicale.	Commission de l'assurance-maladie de l'Alberta B.P. 1360 EDMONTON (ALBERTA) T5J 2N3 ou Commission de l'assurance-maladie de l'Alberta Immeuble J.J. Bowlen 620, 7 <sup>e</sup> avenue S.-O. CALGARY (ALBERTA) T2P 0Y8	Personne seule — \$ 5.75(c) Couple — \$11.50(c) Famille — \$11.50(c)





certaines services transférés subseqüemment au programme d'assurance-hospitalisation. Par conséquent, plusieurs chiffres figurant au tableau différent de ceux contenus dans d'autres tableaux du présent rapport annuel et des rapports précédents. Les chiffres cités peuvent illustrer, dans certains cas, les changements apportés aux inventaires des demandes (Voir note explicative du tableau 7), mais les modifications qui se sont produites d'une année à l'autre, dans les coûts par personne, sont imputables à des facteurs tels que des révisions de taux de versement, des modifications dans l'utilisation des services (qui, à leur tour, ont tendance à dépendre essentiellement des modifications du nombre de médecins par personne, mais peuvent aussi se rattacher aux modifications de la répartition des médecins par spécialisation ou région, aux changements dans la répartition urbaine, rurale, par âge et par sexe des assurés, aux changements techniques et aux modifications dans la combinaison des services - citons, à titre d'exemple, l'augmentation des stérilisations et des avortements thérapeutiques et la diminution des services obstétricaux), des changements dans le volume et le prix des soins non rémunérés à l'acte ainsi que des modifications dans les coûts par personne des services dentaires assurés.

Les données du tableau 7 indiquent que les changements généraux dans les coûts redressés par personne étaient en moyenne de 6 à 7 p. 100 par année jusqu'en 1973-1974 inclusivement, mais qu'ils ont augmenté de plus de 12 p. 100 au cours de l'année 1974-1975. L'importance de la révision des taux de versement était l'une des principales causes de l'augmentation considérable dans les coûts par personne qui s'est produite durant la dernière année financière. Après avoir tenu compte des dates d'entrée en vigueur et prévu les répercussions économiques des années financières appropriées, l'augmentation des taux de versement était en moyenne de 1,5 p. 100 par année au cours des années financières antérieures, mais atteignait 4,5 p. 100 au cours de l'année 1974-1975.

On dispose actuellement de renseignements assez complets sur l'expérience en matière d'assurance-maladie dans les dix provinces canadiennes de 1971-1972 (la première année financière complète de participation de toutes les provinces) à 1974-1975. Voici quelques détails supplémentaires sur l'importance et la variation relatives des principaux facteurs des coûts. Comme il est indiqué plus haut, les chiffres ont été redressés aux fins de l'analyse pour favoriser la comparabilité d'une année à l'autre (Voir note explicative du tableau 7 pour des détails).

1. Au cours des années financières allant de 1971-1972 à 1974-1975, les montants versés aux médecins sur une base de paiement à l'acte ont représenté en moyenne 93,5 p. 100 du coût total du programme. Les sommes versées aux médecins pour des soins non rémunérés à l'acte (les salaires, les paiements à la séance ou les accords contractuels, par exemple) et les paiements au titre des services dentaires assurés ont totalisé respectivement 5,7 et 0,8 p. 100 du coût total du programme.
2. Le coût (rectifié) total du programme dans

les dix provinces a augmenté à un taux moyen de 9,8 p. 100 par année de 1971-1972 à 1974-1975. La population des assurés s'est accrue en moyenne de 1,6 p. 100 par année et par conséquent le taux annuel moyen de changement des coûts du programme par personne a totalisé environ 8,1 p. 100. Le coût, par personne, des soins non rémunérés à l'acte a augmenté de 11 p. 100 par année tandis que les coûts par personne des services dentaires ont augmenté de moins de 4 p. 100 par année (a). Le taux annuel moyen des modifications dans les honoraires, par personne, des médecins était à peine inférieur à 8 p. 100. Il est possible d'identifier certains facteurs supplémentaires relativement à ce dernier chiffre. Les changements dans les taux de versement étaient en moyenne de 2,4 p. 100 par année, et le nombre de médecins par 1,000 assurés, recevant le paiement à l'acte a augmenté d'environ 4,2 p. 100 par année. En supposant que les modifications dans le nombre de médecins par personne ont tendance à entraîner des modifications de même envergure dans le volume des services par personne, l'on peut estimer que d'autres que les changements du nombre de médecins par personne, a augmenté à un taux annuel moyen de 1,2 p. 100.

3. Le coût total rectifié du programme pour les dix provinces canadiennes a augmenté d'un peu plus de 350 millions de dollars de 1971-1972 à 1974-1975. De cette augmentation totale, environ 15 p. 100 était attribuable aux changements dans la population des assurés; un peu plus de 25 p. 100, aux modifications des taux de versement; 40 p. 100, aux changements dans le nombre de médecins, par personne, recevant un paiement à l'acte, et environ 12 p. 100, aux autres changements sur le plan de l'utilisation. La hausse du coût des soins non rémunérés à l'acte représentait 7,3 p. 100 de l'augmentation du coût total du programme, et les modifications des coûts des services dentaires ont entraîné une hausse supplémentaire de 0,4 p. 100.

Les tableaux 1 et 2 résument les données sur les régimes provinciaux d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, au 1er janvier 1975. Les deux catégories de régimes appliquées dans chacune des provinces y figurent en raison du caractère complémentaire de la garantie des programmes fédéraux d'assurance-santé. En outre, dans le cas de certains services de diagnostic, la garantie peut être accordée, au choix de la province, dans le cadre du programme sur les soins médicaux ou du programme d'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques.

(a) Le taux relativement faible d'augmentation des coûts, par personne, des services dentaires assurés est attribuable, en grande partie, aux diminutions enregistrées dans une province. Abstraction faite de cette province, le taux d'augmentation dans les neuf autres provinces s'est situé en moyenne à 7 p. 100 par année.

Sur les 22,5 millions de résidents canadiens qui sont admissibles aux services assurés du programme des soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, presque tous sont assurés. Le tableau 3 illustre, par province, le nombre réel et le nombre

estimatif des assurés.

## FORMULE DE CALCUL

### DES CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES

Le montant des contributions fédérales aux provinces est calculé d'après une formule prévue par la Loi

sur les soins médicaux. Cette formule a été établie de façon à fournir une aide fédérale plus importante aux provinces dont le coût des soins médicaux par personne

est moins élevé et en vue d'allouer une contribution fédérale équitable aux provinces, compte tenu de la

variation considérable qui existe dans le coût par personne selon les provinces.

La contribution fédérale annuelle versée à chaque province participante est égale à 50 p. 100 du coût

annuel par personne de tous les services assurés par le programme national et fournis en vertu des régimes

d'assurance-maladie des provinces participantes, multiplié par le nombre d'assurés dans la province. Le coût annuel

national est égal au coût global de ces services qui est supporté par chacune des provinces participantes, divisé

par le nombre d'assurés de chacune des provinces participantes.

Étant donné que la contribution fédérale est calculée sur une base annuelle, la Loi sur les soins

médicaux prévoit le paiement d'avances à titre de contributions, de manière que les provinces ne soient pas

tenues d'attendre le remboursement des montants qu'elles doivent verser aux médecins sur une base permanente. En

vue d'activer le paiement des avances et, en même temps, de prévenir un probable redressement financier important

à la fin de chaque année financière, la formule utilisée pour le calcul des paiements anticipés prévoit une retenue

pouvant aller jusqu'à 10 p. 100 du montant dû à la province. La formule de calcul des paiements anticipés

diffère donc de la formule de calcul de la contribution annuelle, du fait que 45 p. 100 du coût national estimatif

par personne est utilisé dans le calcul des sommes versées aux provinces, sous la forme d'avances à titre de

contributions.

Sur réception des rapports définitifs des coûts

présentés par toutes les provinces participant à l'entente, dûment signés par les autorités provinciales compétentes,

certifiés par les vérificateurs provinciaux, et vérifiés par les agents fédéraux, on verse aux provinces les derniers

5 p. 100 du coût national par personne, multipliés par le nombre d'assurés dans la province concernée, après

rectification, en plus ou en moins, par rapport aux coûts réels.

## PRATIQUE FINANCIÈRE

### Coûts et contributions

Les prévisions relatives aux avances pour l'année

financière 1974-1975 ont été de 1,562 millions de dollars et les coûts réels ont atteint 1,463 millions de dollars. Une

large part de cette réduction provient du transfert de certains coûts des services de laboratoire et de radiologie

du programme sur les soins médicaux au programme

\$59,775,545.

Les tableaux 4 et 5 indiquent le calcul des contributions fédérales et les versements effectués durant l'année financière 1974-1975. Les tableaux 6(A) et 6(B)

donnent les coûts estimatifs et réels par province, pour chacune des années où elles ont participé au régime. On

observera que les coûts totaux estimés pour la période de sept ans ont été de 6,780 millions de dollars et que les

Toutefois, sur la différence de 198 millions de dollars, près de 122 millions de dollars de frais de services de

laboratoire et de radiologie ont été transférés par plusieurs provinces du programme sur les soins médicaux au

programme d'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques; ces transferts de coûts étaient inconnus

lors de la préparation des prévisions.

Les coûts estimatifs qui sont présentés avant chaque année tiennent compte des facteurs tels que les

changements qui surviennent chez les assurés, l'utilisation des services assurés et les délais moyens entre la date du

service, la demande de remboursement et son examen ainsi que la date des paiements. En outre, on prend en

considération les changements prévus dans le taux des versements (par exemple, les honoraires des médecins) et

les transferts entre les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation.

Comme il est mentionné plus haut, quelques-unes des différences entre les coûts estimatifs et les coûts

réels proviennent du transfert de certains des services de laboratoire et de radiologie du programme sur les soins

médicaux au programme d'assurance-hospitalisation. Ces transferts de coûts ne sont pas entrés en ligne de compte,

si non en partie, dans la préparation des prévisions anticipées pour les années financières au cours desquelles

les transferts ont été réalisés (voir note explicative aux tableaux 3, 6(A) et 6(B). Environ les deux tiers des

différences qui existent entre les prévisions anticipées globales et les coûts d'ensemble réels se sont produits au

regime de chacune des provinces et peuvent découler en partie du manque d'expérience dans la prévision des coûts

d'un nouveau programme d'envergure, et dans certains cas de l'optimisme injustifié manifesté à l'égard du délai

moyen entre la date de prestation du service et la date de versement accéléré qu'un nouveau régime peut permettre.

### Analyse des coûts

Le tableau 7 illustre les changements qui se sont produits d'une année à l'autre, dans les coûts par personne des services assurés. On a recité, le cas échéant, pour les besoins de présentation, les coûts par personne afin d'augmenter la comparabilité des données d'une année à l'autre, en assumant au bénéfice de certaines provinces une participation d'une année financière complète pour la première année et la non-participation financière de



Des échanges de renseignements et de points de vue ont été maintenus avec les autorités provinciales, les représentants des associations professionnelles et ceux des gouvernements étrangers intéressés aux progrès réalisés dans le domaine de l'assurance-maladie au Canada. On constate une hausse significative du nombre de demandes de l'étranger au sujet des programmes canadiens d'assurance-santé. Cela a entraîné le séjour, à Ottawa, de délégations et de visiteurs de nombreux pays.

Le quatrième colloque sur la santé nationale s'est tenu à Sun Valley (Idaho) en août 1974. Il a rassemblé des autorités et des spécialistes qui ont partagé des idées et étudié des exposés sur divers aspects des problèmes de santé aux États-Unis. Le thème du quatrième colloque était le suivant : "Un programme national d'assurance-santé - Peut-on apprendre du Canada?" Le Ministère y était représenté par le sous-ministre de la santé nationale. Le compte rendu des discussions a été publié sous forme de livre.

Les provinces (et territoires) ont adopté leurs programmes fédéral, le 1er juillet 1968, et le 1er avril 1972. Les dates d'entrée en vigueur des divers régimes figurent au tableau 6(B).

## LÉGISLATION PROVINCIALE

La surveillance des modifications aux lois et règlements portant sur les divers régimes provinciaux s'est poursuivie et l'on n'a fait face à aucune difficulté sérieuse. Au cours de l'année financière 1974-1975, les provinces ont adopté les lois suivantes relatives à leurs régimes d'assurance-maladie.

### Saskatchewan

The Medical and Hospitalization Tax

Repeal Act, 1974

"Loi abrogeant la loi sur l'imposition

des soins médicaux et hospitaliers,

1974".

### Ontario

The Health Insurance Amendment

Act, 1974

"Loi modifiant la loi de l'assurance-

maladie, 1974".

The Public Health Amendment Act,

1974

"Loi modifiant la loi de l'hygiène

publique, 1974".

The Health Insurance Amendment

Act, 1974 (No. 2)

"Loi modifiant la loi de l'assurance-

maladie, 1974 (No. 2)".

2 décembre 1974

The Public Health Amendment Act,

1974 (No. 2)

"Loi modifiant la loi de l'hygiène

publique, 1974 (No. 2)".

### Québec

Loi modifiant la Loi de l'assurance-

maladie

Loi modifiant la Loi de l'assurance-

maladie et la Loi de la Régie de

l'assurance-maladie du Québec

24 décembre 1974

Loi sur l'aéronautique  
Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils  
Loi concernant l'indemnisation des employés de l'État  
Loi sur l'indemnisation des marins marchands  
Loi sur la défense nationale  
Loi sur les pensions  
Loi sur la Gendarmerie royale du Canada  
Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada  
Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada  
Loi sur la réadaptation des anciens combattants.

## LES ASSURÉS

La Loi sur les soins médicaux définit le terme "population" comme étant la population de la province au premier jour d'octobre de l'année financière en cause, telle que l'atteste le Statisticien en chef du Canada, à l'exclusion des membres des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes détenues dans les pénitenciers, aux termes de la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente environ 0,5 p. 100 de la population globale.

Les résidents assurables d'une province particulière qui sont admissibles et ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien, ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidents du travail, ne sont pas admissibles aux prestations en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus des prestations prévues par la Loi sur les soins médicaux pour tout ce qui se rapporte à une invalidité donnant droit à une indemnité. Les lois fédérales dont il s'agit sont les suivantes:

## RÉSUMÉ SUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAUX

Le tableau 1 résume les données sur les régimes d'assurance-maladie provinciaux et le tableau 2 résume celles des régimes d'assurance-hospitalisation provinciaux complémentaires en vigueur au 1er janvier 1975. Ce tableau figure aux pages 8 à 19. La description de tous les régimes d'assurance-maladie provinciaux a été publiée dans les rapports annuels précédents et on peut obtenir sur demande, une version à jour de ces descriptions et s'adressant au Directeur général, Assurance-santé, Direction générale des programmes de la santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Immeuble Polyvalent, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

The Newfoundland Medical Care Insurance (Amendment) Act, 1974  
"Loi de l'assurance-maladie de Terre-Neuve, modifiée, 1974".  
21 mai 1974

An Act to Amend the Health Services and Insurance Act  
"Une loi modifiant la Loi des services de santé et de l'assurance-maladie"  
1er octobre 1974

Terre-Neuve  
The Newfoundland Medical Care Insurance (Amendment) Act, 1974  
"Loi de l'assurance-maladie de Terre-Neuve, modifiée, 1974".  
21 mai 1974



ette fin, le gouvernement fédéral a fourni aux provinces une aide financière efficace. Pour le rendre plus efficace, le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentés:

1. l'application de la Loi sur les soins médicaux;
  2. la mise à la disposition des provinces de services consultatifs sur les divers aspects des régimes provinciaux d'assurance-maladie;
  3. la conduite d'études et la dispensation de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, aux provinces et aux autres organismes intéressés, sur la planification, la distribution et l'utilisation des services médicaux.
- La Direction générale des programmes de la Direction de l'assurance-santé, par le biais de la Direction de l'assurance-santé, des deux programmes fédéraux d'assurance-santé, soit celui des soins médicaux et celui de l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques. On constate une collaboration technique étroite entre les agents de

La Direction remplit quatre fonctions principales. En plus d'être chargée de la mise en application de la Loi sur les soins médicaux et la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, ses règlements et des accords fédéraux-provinciaux conclus aux termes de cette loi, la Direction fournit aux autorités fédérales et provinciales, aux associations de spécialistes et de bénévoles, de même qu'aux hôpitaux et aux établissements de soins connexes, des services de consultation en matière de distribution des soins et d'administration des services de santé, de soins infirmiers, d'économie sanitaire, de méthodique, de comptabilité et de pharmacie. Ces services de consultation ont pour but d'aider à améliorer la qualité des soins et à rendre efficaces et rentables la distribution et l'utilisation des services sanitaires. Un tel objectif nécessite la tenue d'études complètes sur l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux, ainsi que l'élaboration de normes concernant les services et les établissements sanitaires. La Direction conseille également les autorités provinciales sur l'application et l'orientation future de leurs régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation. La Direction entreprend et favorise des études sur divers aspects du système de distribution des soins, tout particulièrement les soins médicaux et hospitaliers.

Le Comité consultatif fédéral-provincial sur l'assurance-santé s'est réuni deux fois au cours de l'année. Le Sous-comité de la qualité des soins et de la recherche, qui relève du comité consultatif, a tenu, le 8 octobre 1974, une réunion mixte avec les Directeurs médicaux des régimes provinciaux d'assurance-maladie, et ces derniers ont été réunis séparément le 9 octobre. Ces deux réunions ont porté sur la codification uniforme des diagnostics; l'uniformisation des règles concernant le paiement des services de donneurs de transplants; les priorités de la recherche; la chirurgie esthétique; les investissements sexuelles chirurgicales; l'assurance-maladie, et le nombre de certaines interventions chirurgicales.

Une séance d'étude à l'intention des agents chargés des finances et des statistiques des régimes provinciaux d'assurance-maladie, s'est tenue à Ottawa, les 6 et 7 juin 1974, sous les auspices de la Direction générale des programmes de la santé. Les principaux points à l'étude concernaient les façons d'améliorer la déclaration et la prévision des coûts; le rapport médecins/habitants; et la possibilité d'enregistrer sur ordinateur les coûts des médecins salariés.

Le Sous-comité de l'admissibilité et de la transférabilité, qui dépend du comité consultatif, s'est réuni à Ottawa, les 24 et 25 mars 1975. L'ordre du jour portait notamment sur un nouvel examen des mesures relatives à l'indemnisation des soins dispensés aux malades d'autres provinces, hospitalisés ou non. Un consensus fut obtenu au sujet de plusieurs mises au point administratives qui seront recommandées au comité consultatif en vue de les inclure à l'accord interprovincial de l'admissibilité et de la transférabilité des prestations, en vertu des programmes sur les soins médicaux et de l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques. Le nombre de demandes d'indemnisation présentées aux termes de la Caisse supplémentaire d'assurance-santé est diminué depuis la conclusion de l'accord en 1972.

Le Comité ministériel sur les besoins de la main-d'œuvre médicale, mené par la Direction de l'assurance-santé, a continué de collaborer avec le Comité des exigences du Comité national de la main-d'œuvre médicale. Le Comité sur les besoins de la main-d'œuvre médicale et les 30 groupes de travail représentant 33 disciplines médicales ont maintenant reçu des données comparatives sur l'utilisation des soins médicaux et d'autres données appropriées qui leur permettront d'émettre des recommandations sur les besoins optimaux de leur spécialité propre.

Le Groupe de travail fédéral-provincial de la codification diagnostique uniforme s'est réuni trois fois au cours de l'année. Il a cerné le niveau des incohérences qui existent dans la rationalisation de tous les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Il a également examiné la possibilité d'utiliser un système de codage automatisé selon lequel les caractères alphabétiques servent à la description textuelle d'un programme se verrait attribuer un code CIM(A) à l'aide d'un programme sur ordinateur.

La Direction générale des programmes de la santé a poursuivi et étendu son programme de recherches dans le domaine de l'économie sanitaire, notamment dans celui de la communication des données, sur les gains et les dépenses des médecins, aux associations médicales professionnelles et aux régimes d'assurance-maladie des provinces. Ce programme comporte une étude en cours sur l'évaluation de la période moyenne d'activité de différents types de médecins; il s'agit d'une étude entreprise à la demande de l'Association médicale canadienne. Ces renseignements aideront l'Association à considérer, comme il convient, ce facteur lorsqu'elle cherche à déterminer les honoraires. À la demande des provinces, des études analogues sont entreprises chez d'autres groupes de professionnels de la santé. Des analyses comparatives approfondies de l'utilisation et des coûts des régimes provinciaux d'assurance-maladie sont également poursuivies.

# Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pendant l'année financière se terminant le 31 mars 1975

Ce rapport établi conformément à l'article 9 de la  
Loi sur les soins médicaux, est le septième qui est présenté  
au Parlement. Le sujet porte sur la gestion pendant l'année  
financière se terminant le 31 mars 1975.

## HISTORIQUE

La Loi sur les soins médicaux (chapitre M-8,  
S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966.  
Conformément aux propositions de la Commission royale  
sur les services de santé de 1964, la loi établit un  
programme de subventions aux termes duquel le gouver-  
nement fédéral a le pouvoir d'accorder une aide financière  
aux provinces qui appliquent un régime d'assurance-  
maladie selon certains critères minimaux. Ceux-ci se  
rattachent à la garantie tous risques, à l'universalité du  
champ d'application, au transfert des prestations d'une  
province à l'autre et à l'administration publique.

Les contributions financières du gouvernement  
fédéral aux provinces participantes sont payables depuis le  
1er juillet 1968. Elles sont fondées sur la moitié du coût  
national, par habitant, des services assurés par le pro-  
gramme fédéral, à l'exception des frais d'administration,  
multipliée par le nombre d'assurés dans chaque province.  
Le tableau 6(B) donne la date où les régimes provinciaux  
admissibles sont entrés en vigueur. La présente année  
financière est la troisième au cours de laquelle des régions  
d'assurance-maladie sont appliquées dans toutes les régions  
du pays. Les régimes provinciaux sont en vigueur depuis  
au moins quatre ans et, la plupart d'entre eux, depuis cinq  
ou six ans.

Les quatre grands principes figurant dans la loi et  
qui doivent caractériser le régime d'assurance-maladie de  
chaque province participante sont les suivants:

1. *La garantie tous risques*: elle couvre tous les  
services nécessaires dispensés par un méde-  
cin ou par un chirurgien. Cette règle n'admet

## PROGRAMME DES SOINS MÉDICAUX

La Loi sur les soins médicaux ayant pour objet  
de garantir à tout résident Canadien l'accès aux soins  
nécessaires, selon un régime contributif, et d'autoriser, à

1. *L'universalité du champ d'application*: l'assu-  
rance est accessible à tous les résidents  
admissibles de la province participante, à des  
conditions uniformes. De plus, elle couvre au  
moins 95 p. 100 de la population admissible.  
Cela permet d'assurer tous les résidents et  
d'éviter les discriminations financières pou-  
vant raison de santé, d'âge, de non-appartenance  
à un groupe, ou pour tout autre motif. En  
outre, l'autorité provinciale peut subvention-  
ner, en totalité ou en partie, les primes des  
personnes de certains groupes d'âges ou à  
faible revenu, à condition que le régime soit  
financé par un système de primes et que tous  
les résidents admissibles soient traités de la  
même façon.
2. *La transférabilité des prestations*: le bénéfi-  
ciaire qui s'absente temporairement de sa  
province ou qui déménage dans une autre  
province peut profiter de cette  
disposition. L'assurance n'est pas liée à une  
assurance collective par groupe professionnel-  
nel, et, par conséquent, le changement  
d'emploi ou de domicile n'entraîne aucune  
suspension de la garantie.
3. *L'administration sur une base non lucrative*.  
L'administration publique res-  
ponsable de ses transactions financières de-  
vant le gouvernement provincial.


aucune franchise ou exclusion, à moins qu'  
les services ne s'imposent pas du point de  
vue médical. La garantie sera telle que  
l'assuré recevant les soins nécessaires n'  
souffrira d'aucune exclusion sur le plan  
financier. Depuis le 1er juillet 1968, certain-  
services dispensés dans les hôpitaux par des  
chirurgiens dentistes sont assimilés aux au-  
tres prestations.

RAPPORT ANNUEL DU MINISTRE DE LA SANTÉ  
NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL  
SUR L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SOINS  
MÉDICAUX PENDANT L'ANNÉE FINANCIÈRE  
SE TERMINANT LE 31 MARS 1975  
L'HONORABLE MARC LALONDE  
MINISTRE





# rapport annuel soins médicaux

 Santé et  
Bien-être social  
Canada  
Health  
and Welfare  
Canada



AI HW

A554



Health and Welfare  
Canada

Santé et Bien-être social  
Canada

# Medical Care

Annual Report





This is the eighth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act and related to operations for the fiscal year ended March 31, 1976.

## Program Description

The Medical Care Act (chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act establishes a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make a financial contribution to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

- 1. Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services were not medically required. The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no financial impediment or preclusion to an insured person receiving necessary medical care. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.
- 2. Universal availability** to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five per cent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low income groups is permitted, if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally.
- 3. Portability of benefits** when the beneficiary is temporarily absent from his own province and when he is moving from one participating province to another. It is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs or residence.
- 4. Administration on a non-profit basis** by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions. Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968 and are based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. Excluded from the insurable population are members of the Canadian Forces, full-time members of the Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. The exclusions amount to less than 1 per cent of the total population.

Insurable residents of a participating province who are not eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any

law of a province relating to Workmen's Compensation are not entitled to benefits under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act  
Civilian War Pensions and Allowances Act  
Government Employees Compensation Act  
Merchant Seamen Compensation Act  
National Defence Act  
Pension Act  
Royal Canadian Mounted Police Act  
Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act  
Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act  
Veterans Rehabilitation Act

Virtually 100 per cent of the 22.8 million residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1975-76.

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, while coverage is voluntary for the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. During the fiscal year, the number of opted-out persons in Alberta was approximately 400 out of a total net population of 1.8 million. British Columbia has a voluntary plan.

The dates of entry of the provincial plans are as follows:

Newfoundland	April 1, 1969
Prince Edward Island	December 1, 1970
Nova Scotia	April 1, 1969
New Brunswick	January 1, 1971
Quebec	November 1, 1970
Ontario	October 1, 1969
Manitoba	April 1, 1969
Saskatchewan	July 1, 1968
Alberta	July 1, 1969
British Columbia	July 1, 1968
Yukon	April 1, 1972
Northwest Territories	April 1, 1971

This is the fourth fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least five years and in most instances for six or seven years.

## Recent Changes

At the federal level, the most important proposed legislative change was the tabling of Bill C-68, an Act to



amend the Medical Care Act, on July 8, 1975. The Bill, including subsequent amendments:

- established ceilings on the rate of increase of federal contributions for fiscal years 1976-77 and 1977-78. Including an estimated population growth factor of 1.5 per cent on a national basis, the gross cost rate increase will approximate 14.5 per cent in 1976-77 and 12 per cent in 1977-78;
- gave the federal government authority to set ceilings for subsequent years, subject to parliamentary review;
- provided for a separate national per capita cost for each class of new insured service, if and when such classes were included in the national program; and
- provided a 36-month exemption from ceilings for new insured services from the date on which they are prescribed as insured services under the Medical Care Act.

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans has been continued and no significant difficulties encountered. During fiscal year 1975-76, the provinces enacted the following legislation related to their provincial medical care insurance programs:

#### **Ontario**

The Health Insurance Amendment Act 1975 — July 8, 1975

#### **Quebec**

An Act to Amend the Health Insurance Act — December 9, 1975

An Act to again Amend the Health Insurance Act — December 19, 1975

Changes in provincial programs during the fiscal year included the following.

In Saskatchewan, a non-premium Prescription Drug Plan was implemented on a nearly universal basis, with effect from September 1, 1975. Under this plan, eligible insured residents who are covered by the provincial medical care and hospital insurance plans can receive prescription drugs listed in a governmental formulary. There is no direct cost to the beneficiary other than the payment of a standard dispensing fee that is payable to the pharmacist.

In Quebec, since January 1, 1976, the legislation providing for health program financing has set the contribution of an individual at 1.5 per cent of his net income for the year, to a maximum of \$235.00 for salaried employees and \$375.00 for self-employed persons. This individual contribution must not reduce net income to a figure below either \$5,600.00 or \$3,700.00, depending on whether the individual is married or single. The employer's contribution is set at 1.5 per cent of the employee's salary. In addition, all residents are now covered by a program which includes purchase, adjustment, replacement or repair of prostheses, orthopaedic and other appliances specified by regulation which compensate for a physical deficiency or deformity and which are supplied under prescribed conditions.

In New Brunswick beginning in 1976, out-of-province elective care, except in certain border areas, normally will require prior approval for related hospitalization or for the Medicare benefit if hospitalization is not involved. In addition to the benefit coverage of the national program, the province introduced a drug benefit program for insured residents over 65 years of age and for those with cystic fibrosis. Qualified persons receive a

Prescription Drug Program Identification Card and entitled services are limited to those received in New Brunswick.

The Appendix contains a tabular summary of the provincial medical care insurance plans and the complementary hospital insurance plans, as of January 1, 1976. It should be noted, however, that this information is subject to change. Descriptions of each provincial medical care insurance plan have been published in earlier annual reports and an up-dated review may be obtained from the Director General, Health Insurance and Resources, Health Programs Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario K1A 1B4.

#### **Medical Care Program — Administration**

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all Canadian residents can have access to necessary care on a prepaid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities.

- 1 Administering the Medical Care Act
- 2 Providing advisory services to provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans.
- 3 Conducting studies and providing technical and professional consultative services to the province and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Health Insurance and Resources Directorate (formerly the Health Insurance Directorate), situated within the Health Programs Branch, administers both national health insurance programs, Medical Care and Hospital Insurance and Diagnostic Services. Close functional cooperation exists not only between the two programs, but also with the Health Consultants and Health Standards Directorates of the Branch.

The Health Programs Branch, through its Health Insurance and Resources Directorate, is responsible for the administration of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, the Medical Care Act, the Health Resources Fund Act and the Professional Training Program. The Branch is also responsible for conducting studies and providing advice on health care and services and related matters, and administers the Health Research Program. Another responsibility of the Branch consists in developing and promoting Canadian health standards and guidelines.

#### **Formula for Contribution**

The amount of federal contributions to the provinces is calculated on the basis of a formula contained in the Medical Care Act. It has been designed to provide greater federal assistance to those provinces in which the per capita cost of medical care is lower and to provide for an equitable federal contribution to the provinces, taking into consideration the wide variation in per capita costs between the provinces.

The annual federal contribution to each province equals 50 per cent of the per capita cost for the year of all insured services of the national program which are furnished under the medical care insurance plans of the provinces, multiplied by the number of insured persons in the province. The per capita cost for a year of all insured services of the national program is an amount equal to the aggregate of the cost of services insured under the national program that are incurred by all provinces divided by the average number of insured persons.

Since the federal contribution is calculated on an

annual basis, the Medical Care Act provides for advances on account of contributions, so that provinces are not required to wait for reimbursement of the amounts which they are required to pay to doctors on a continuing basis. To expedite the payment of advances and, at the same time, to forestall the likelihood of a major adjustment after the end of each fiscal year, the formula used for calculation of advance payments provides for a holdback of up to 10 per cent of the amount due to the province. The formula for advance payments, therefore, differs from the formula for the annual contribution in that 45 per cent of the estimated national per capita cost is used to determine advance payments to the provinces.

The remaining five per cent of the national per capita cost multiplied by the number of insured persons in the province, plus or minus an adjustment to actual costs, is paid to the provinces following receipt of final cost reports from all participating provinces. These final reports must be signed by the provincial authorities, certified by provincial auditors, and reviewed by federal officials.

### **Selected Activities**

The federal-provincial Advisory Committee on Health Insurance met twice during the year. The terms of reference of this committee, which consists of the heads of all provincial and territorial medical care and hospital insurance plans as well as representatives of the federal government, are:

- to collaborate on all matters concerning the administration of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, Agreements and Regulations thereunder, and the Medical Care Act; and
- to advise the Ministers of Health, through the Conference of Deputy Ministers, on all other matters related to the development, organization and administration of insurable health programs.

On September 29 and 30, 1975, the Medical Directors of the provincial medical care insurance plans met in joint session with the Sub-committee on Quality of Care and Research whose primary concern is in the program area of hospital insurance administration. Items of particular interest to medical care authorities discussed at these meetings included payment for out-of-province medical services; health insurance coverage for visitors to Canada; acupuncture; standard diagnostic coding; medical audit; progress on the Physician Manpower Requirements Study; the shortage of internship vacancies in Canada; nuclear pacemaker and implant recovery; the Canadian Standards Association standards-writing program in the health field; the services of chiroprapodists and podiatrists; and the recently introduced Anti-Inflation Program.

During the year, the Working Group on Standard Diagnostic Coding presented seven recommendations suggesting further work that might be done in the field to improve the accuracy with which clinical conditions, symptomatology and problems that arise in clinical practice are identified. These recommendations were approved by the Advisory Committee on Health Insurance. Efforts continued in various parts of the country throughout the year to act on the suggestions made by the Working Group.

The Working Group on Medical Audit sought and obtained permission from the Advisory Committee to proceed on a number of areas of inquiry related to the full activity of medical audit.

The provision of data on physicians' earnings and

expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations continued during the year. Similar studies for other categories of health professionals were also continuing at the request of the provinces. There is also an on-going study of the estimated average working life of different kinds of physicians which has been undertaken at the request of the Canadian Medical Association. The information derived is of assistance in determining appropriate fee differentials. In-depth comparative analyses of utilization and cost experience of the provincial medical care plans are also undertaken by the Health Programs Branch.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations, and representatives of foreign governments interested in Canadian developments in the field of health insurance. In June 1975, the Director General, Health Insurance and Resources, visited Australia at the request of the Australian government to advise on experience with health insurance in Canada on the eve of the implementation of "Medibank", the Australian national health insurance program. He also visited New Zealand and consulted with officials in that country. International interest in the Canadian health insurance experience continued to be reflected in the large number of written requests for information and the number of delegations and individuals from other countries visiting Ottawa to discuss various aspects of the program.

### **Financial Experience**

#### **Costs and Contributions**

The advance estimates for fiscal year 1975-76 were \$1,793 million and the actual costs were \$1,678 million. Much of this reduction results from the transfer of laboratory and radiological costs from the Medical Care Program to the Hospital Insurance and Diagnostic Services Program, details of which will be found in tables 3 and 6B. The timing and the amount of these cost transfers were not known at the time of estimates preparation.

During the 1975-76 fiscal year, federal payments to provinces and territories under the Medical Care Act totalled \$795,755,865 and consisted of advance payments of \$767,147,400 in respect of 1975-76 costs and two adjustment payments for 1974-75 totalling \$28,608,465.

Tables 6A and 6B show the estimates and actual costs by province from the time of entry into the program. It will be noted that the total costs as estimated for the eight-year period were \$8,573 million and the costs as incurred were \$8,260 million. However, of the difference of \$313 million, over \$211 million consisted of laboratory and radiological costs which were transferred by several provinces from the Medical Care Program to the Hospital Insurance and Diagnostic Services Program.

Estimates costs, which are prepared in advance of each plan year, take into account such factors as changes in the (insured) population, utilization of insured services, and average delay times between date of service, submission and payment of claims. Additionally, allowance is made for anticipated changes in rates of payment (e.g. professional fees) and for transfers between Medical Care and Hospital Insurance Programs.

#### **Analysis of Cost Changes**

As shown in table 5, from 1971-72 to 1975-76 aggregate costs increased by 9.3 per cent, 7.2 per cent, 6.6 per cent, and 14.7 per cent respectively, or at an average annual rate of change of 9.4 per cent. Per capita cost increases averaged a little over 7.6 per cent per year during

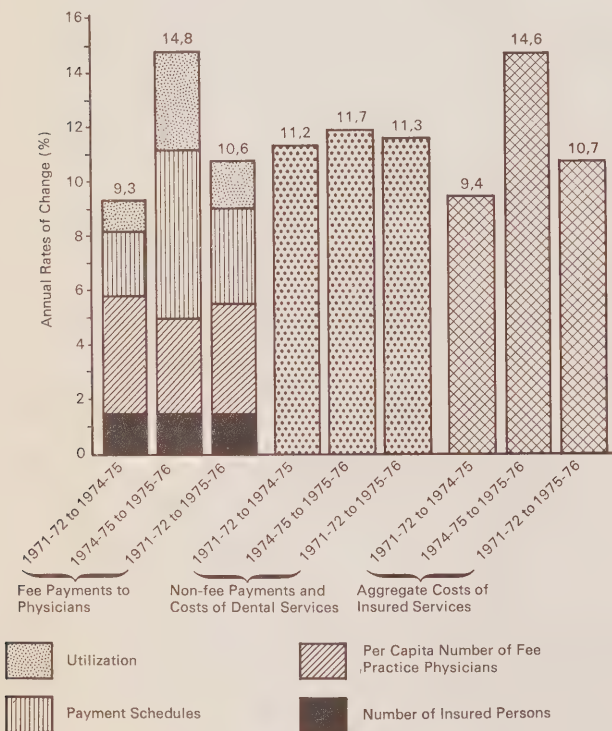


the same period. For a variety of reasons (e.g. the transfer of certain laboratory and radiology costs from the Medical Care to the Hospital Insurance program) the above-quoted year-to-year changes are not comparable and do not provide a true picture of changes in the costs of insured services which were experienced by provincial medical care insurance plans.

The following comparisons are all based upon data which were adjusted to improve year-to-year comparability. Adjustments comprise normalization of certain insured-person counts, as well as changes made in cost figures to compensate for the effects of such factors as the above-noted transfer of certain laboratory and radiology costs and of retroactive changes in payments. Also taken into account were major increases or decreases in claims inventories, i.e. year-to-year changes in the estimated value of services rendered, but not paid, at the end of a fiscal year.

Adjusted aggregate and per capita program costs increased at annual rates of 10.7 per cent and 8.9 per cent respectively from 1971-72 to 1975-76. Increases in fee payments to physicians averaged 10.6 per cent per year, while non-fee payments to physicians and payments for insured dental services rose by 11.3 per cent per year. Fee payments to physicians accounted for 93.8 per cent of all payments in 1971-72, and for 93.6 per cent in 1975-76.

**Figure 1:**  
Average Annual Rates of Change in Adjusted Program Costs, by Type of Payment and Cost Factor, Canada, Selected Periods, 1971-72 to 1975-76



the other hand, the increase in fee payments to physicians was substantially higher in 1975-76 than in the preceding three fiscal years, primarily as a result of somewhat larger increases in the payment schedules of provincial medical care insurance plans and in utilization. The utilization factor is a residual and reflects changes in fee payments for reasons other than growth in the insured population, increases in the per capita number of fee practice physicians, and increases in payment schedules. Utilization changes may result from such factors as changes in the age-sex and urban-rural distribution of insured persons, changes in the geographical and special distribution of physicians, technological changes and changes in patterns of practice.

**Figure 2:**  
Per Cent of Adjusted Program Cost Increases, by Type of Payment and Cost Factor, Canada, Selected Periods, 1971-72 to 1975-76

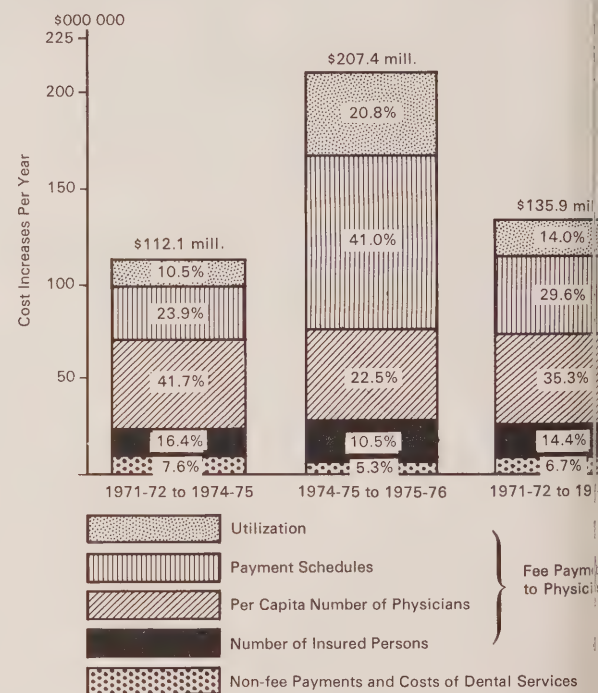


Figure 2 shows the contribution to program cost changes made by the major types of payments and cost factors. In 1975-76, the value of payment schedule revisions amounted to \$85 million, i.e. 41 per cent of the total increase in program costs. Assuming that increases in the per capita number of fee practice physicians tend to cause similar-sized changes in per capita costs, the growth in the supply of physicians in Canada is estimated to have contributed about \$46 million or 22.5 per cent of the total increase to program costs in 1975-76. The dollar impact of utilization changes and of increases in the number of insured persons amounted to about \$43 million (20.8 per cent) and \$22 million (10.5 per cent) respectively in 1975-76.

Figure 1 shows increases in costs and changes in cost factors during three time periods: 1971-72 to 1974-75, 1974-75 to 1975-76, and 1971-72 to 1975-76. Increases in the costs of non-fee payments and of dental services were fairly constant in all three periods. On

**Table 1**  
**Medical Care Act**

Payments by Canada to Provinces in the fiscal years 1972-73 to 1975-76

Province	1972-73		1973-74		1974-75		1975-76	
	Total Payments	Inc.	Total Payments	Inc.	Total Payments	Inc.	Total Payments	Inc.
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Newfoundland	15,281,666	6.5	16,710,475	9.3	18,343,926	9.8	19,034,375	3.8
Prince Edward Island	3,206,254	10.7	3,546,626	10.6	3,949,492	11.4	4,104,016	3.9
Nova Scotia	22,554,471	9.2	24,832,203	10.1	27,208,443	9.6	28,276,977	3.9
New Brunswick	18,489,093	14.4	20,064,192	8.5	22,390,137	11.6	23,531,870	5.1
Quebec	175,221,131	9.6	185,385,531	5.8	207,172,463	11.8	215,650,460	4.1
Ontario	224,975,035	10.4	243,340,637	8.2	275,166,761	13.1	287,661,054	4.5
Manitoba	30,181,063	9.8	31,184,584	3.3	34,932,708	12.0	35,701,475	2.2
Saskatchewan	26,626,745	4.8	27,712,194	4.1	30,626,697	10.5	32,092,321	4.8
Alberta	48,004,034	6.6	52,700,268	9.8	59,424,306	12.8	61,362,840	3.3
British Columbia	64,710,196	7.8	70,696,637	9.3	81,541,066	15.3	86,368,370	5.9
Yukon	486,000	—	637,783	31.2	678,009	6.3	695,501	2.6
Northwest Territories	1,067,338	16.7	1,135,894	6.4	1,255,937	10.6	1,276,606	1.6
Canada	630,803,026	9.4	677,947,024	7.5	762,689,945	12.5	795,755,865	4.3

Note:

Payments in a particular fiscal year by the federal government consist of:

- Advance payments equal to 90% of the estimated contributions calculated prior to the commencement of the fiscal year;
- Advance payments equal to 50% of the estimated final adjustment for the previous fiscal year based on unaudited reports of actual costs from each province;
- The final adjustment payment with respect to the previous fiscal year equal to the difference between the actual contributions, as calculated on the basis of audited costs, and advances previously paid.

**Table 2**  
**Medical Care Act**

Contributions by Canada to Provinces for the fiscal years 1972-73 to 1975-76

Province	1972-73		1973-74		1974-75		1975-76	
	Amount	Inc.	Amount	Inc.	Amount	Inc.	Amount	Inc.
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Newfoundland	15,631,675	9.0	16,656,726	6.6	17,625,575	5.8	20,233,063	14.8
Prince Edward Island	3,307,826	9.1	3,529,492	6.7	3,765,316	6.7	4,325,184	14.9
Nova Scotia	22,920,603	8.2	24,551,643	7.1	26,065,077	6.2	29,836,437	14.5
New Brunswick	18,734,592	8.6	20,093,337	7.3	21,488,270	6.9	24,778,171	15.3
Quebec	176,895,531	7.5	188,332,463	6.5	199,237,160	5.8	226,962,181	13.9
Ontario	229,123,037	10.6	246,352,361	7.5	263,312,454	6.9	302,029,775	14.7
Manitoba	29,707,384	7.7	31,703,508	6.7	33,258,875	4.9	37,854,960	13.8
Saskatchewan	26,857,794	5.9	28,189,497	5.0	29,890,021	6.0	34,349,216	14.9
Alberta	49,324,668	10.0	53,159,106	7.8	56,873,640	7.0	66,274,276	16.5
British Columbia	66,039,437	10.3	72,137,866	9.2	78,162,770	8.4	90,095,775	15.3
Yukon	556,183	—	619,209	11.3	642,701	3.9	766,071	19.2
Northwest Territories	1,083,094	13.3	1,145,537	5.8	1,201,006	4.8	1,378,194	14.8
Canada	640,181,824	9.2	686,470,745	7.2	731,522,865	6.6	838,883,303	14.7

Note:

Federal contribution is the amount payable to the provinces for the Medical Care Act with respect to cost of insured persons. The total federal contribution with respect to a particular fiscal year is paid over a period of two fiscal years.



**Table 3**  
**Medical Care Act**

Cost of Insured Services by Province for the fiscal years 1972-73 to 1975-76

Province	1972-73		1973-74		1974-75		1975-76	
	Amount	Inc.	Amount	Inc.	Amount	Inc.	Amount	Inc.
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Newfoundland	17,083,171	8.4	20,432,491	19.6	22,460,791	9.9	26,767,778	
Prince Edward Island	4,595,645	7.0	4,751,482	3.4	5,735,571	20.7	6,392,913	
Nova Scotia	36,179,835	9.8	38,849,111	7.4	45,181,051	16.3	55,796,500	
New Brunswick	24,060,926	13.8	26,609,194	10.6	28,997,761	9.0	33,593,189	
Quebec	338,298,891	11.5	372,119,312	10.0	408,196,747	9.7	469,044,772	
Ontario	531,455,985	10.8	551,164,006	3.7	560,076,828	1.6	614,476,181	
Manitoba	47,166,614	(14.2)*	53,910,308	14.3	58,825,273	9.1	64,154,128	
Saskatchewan	43,418,094	8.5	45,169,019	4.0	50,382,091	11.5	57,665,520	
Alberta	92,989,631	7.4	94,368,031	1.5	106,951,325	13.3	124,724,892	
British Columbia	142,763,467	7.8	162,757,882	14.0	172,387,328	5.9	220,875,787	
Yukon	732,435	—	1,144,091	10.8	1,354,275	18.4	1,538,267	
Northwest Territories	1,618,955	21.8	1,666,563	3.0	2,496,689	49.8	2,736,679	
Canada	1,280,363,649	9.2	1,372,941,490	7.2	1,463,045,730	6.6	1,677,766,606	

**Note:**

During the fiscal year 1974-75 three provinces transferred certain costs from the Medical Care Program to the Hospital Insurance Program. Had these transfers not taken place the increase in costs would have amounted to 14.3%.

\* Decrease

**Table 4**  
**Medical Care Act**

Per Capita Costs of Insured Services by Province and Percentage Contribution by Canada for the fiscal years 1972-73 to 1975-76

Province	1972-73			1973-74			1974-75			1975-76		
	Per Capita Cost	Inc.	Contribution	Per Capita Cost	Inc.	Contribution	Per Capita Cost	Inc.	Contribution	Per Capita Cost	Inc.	Contribution
	\$	%	%	\$	%	%	\$	%	%	\$	%	%
Newfoundland	31.99	6.6	91.5	37.98	18.7	81.5	41.36	8.9	78.5	48.49	17.2	75.6
Prince Edward Island	40.67	5.1	72.0	41.68	2.5	74.3	49.44	18.6	65.6	54.18	9.6	67.7
Nova Scotia	46.21	8.9	63.4	48.99	6.0	63.2	56.27	14.9	57.7	68.55	21.8	53.5
New Brunswick	37.60	12.4	77.9	41.00	9.0	75.5	43.80	6.8	74.1	49.69	13.4	73.8
Quebec	55.98	11.2	52.3	61.17	9.3	50.6	66.50	8.7	48.8	75.75	13.9	48.4
Ontario	67.90	7.4	43.1	69.27	2.0	44.7	69.04	(0.3)*	47.0	74.57	8.0	49.2
Manitoba	46.48	(14.6)*	63.0	52.65	13.3	58.8	57.41	9.0	56.5	62.12	8.2	59.0
Saskatchewan	47.32	9.8	61.9	49.61	4.8	62.4	54.71	10.3	59.3	61.53	12.5	59.6
Alberta	55.19	4.7	53.0	54.96	(0.8)*	56.3	61.04	11.1	53.2	68.98	13.0	53.1
British Columbia	63.28	4.8	46.3	69.85	10.4	44.3	71.59	2.5	45.3	89.86	25.5	40.8
Yukon	38.55	—	75.9	57.20	48.4	54.1	68.40	19.6	47.5	73.60	7.6	49.8
Northwest Territories	43.76	48.9	66.9	45.04	2.9	68.7	67.48	49.8	48.1	72.78	7.9	50.4
Canada	58.54	7.2	50.0	61.92	5.8	50.0	64.92	4.8	50.0	73.31	12.9	50.0

\* Decrease

**Table 5**  
**Medical Care Act**

Cost Components, G.N.P. Growth, Population and Per Capita Cost — Canada for the Fiscal Years 1972-73 to 1975-76

Particulars	1972-73		1973-74		1974-75		1975-76	
	Amount	Inc.	Amount	Inc.	Amount	Inc.	Amount	Inc.
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Fee-for-service payments to physicians and dental surgeons — see note 1	1,211,586,408	9.3	1,297,345,546	7.1	1,388,938,952	7.1	1,587,362,186	14.3
Other payments — see note 2	70,575,302	13.6	78,282,344	10.9	77,466,278	(1.0)*	93,950,459	21.3
Losses: Recoveries from third parties	1,798,061	9.3	2,686,400	49.4	3,359,501	25.1	3,546,039	5.6
Cost of Insured Services	1,280,363,649	9.3	1,372,941,490	7.2	1,463,045,729	6.6	1,677,766,606	14.7
G.N.P. Growth — see note 3		11.2		17.1		18.0		11.4
Insured Population	21,869,511	1.9	22,172,500	1.4	22,536,395	1.6	22,886,480	1.6
Per Capita Cost of Insured Services	58.54	7.2	61.92	5.8	64.92	4.8	73.31	12.9

Notes:

Payments on a fee-for-service basis include costs representing the payments to physicians and dental surgeons in private practice or to employers of physicians and dental surgeons or directly to insured persons for insured services furnished on a fee-for-service basis.

Other payments include salaries or portions of salaries to physicians and dental surgeons, sessional fees, guaranteed income payments, incentive allowances, isolation allowances, contract payments, overtime payments and overhead allowances of up to 50% under certain conditions.

Source: Statistics Canada for calendar years 1972 to 1975.

\* Decrease

**Table 6(A)**  
**Medical Care Act**

Cost of Insured Services by Province 1968-69 to 1975-76

Province	Estimated Costs as used for Calculation of Advance Payments					
	1968 To					
	1971-72	1972-73	1973-74	1974-75	1975-76	Total
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Newfoundland	44,106,695	17,017,000	19,200,000	22,860,000	27,563,000	130,746,695
Prince Edward Island	4,581,410	4,463,800	4,814,000	5,440,000	6,680,000	25,979,210
Saskatchewan	87,443,132	35,668,000	40,235,000	43,572,000	54,402,000	261,320,132
Alberta	26,876,051	22,493,930	26,479,000	32,903,384	33,504,080	142,256,445
Quebec	418,135,966	338,439,708	365,301,000	410,628,000	483,327,000	2,015,831,674
Ontario	1,033,291,256	541,075,721	574,709,413	642,709,582	731,844,000	3,523,629,972
Manitoba	149,266,477	58,227,000	51,900,000	60,825,000	64,931,000	385,149,477
British Columbia	126,208,281	46,259,000	46,629,586	48,938,450	58,215,390	326,250,707
Yukon	214,451,976	95,368,444	99,875,900	104,650,212	123,596,000	637,942,532
Northwest Territories	411,095,230	147,200,456	160,607,748	185,948,631	204,598,180	1,109,450,245
	—	1,164,240	1,235,000	1,346,684	1,521,129	5,267,053
	1,384,000	1,355,326	1,670,000	2,208,000	2,977,000	9,594,326
Total	2,516,840,474	1,308,732,625	1,392,656,647	1,562,029,943	1,793,158,779	8,573,418,468

Note:

These estimates included the costs of radiology and laboratory services transferred to the Hospital Insurance Program totalling \$1,060,929. Had these transfers been known at the time these estimates were prepared, the aggregate advance estimates would have totalled \$8,362 million — see footnote Table 6(B).

**Table 6(B)**  
**Medical Care Act**

Cost of Insured Services by Province 1968-69 to 1975-76, Final Costs For Calculating Contributions

Province*	1968-69 To 1971-72	1972-73	1973-74	1974-75	1975-76	Total	Costs under (over) estimates
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Newfoundland	42,994,891	17,083,171	20,432,491	22,460,791	26,767,778	129,739,122	1,007,571
Prince Edward Island	4,901,367	4,595,645	4,751,482	5,735,571	6,392,913	26,376,978	(397,761)
Nova Scotia	84,857,179	36,179,835	38,849,111	45,181,051	55,796,500	260,863,676	456,451
New Brunswick	23,244,823	24,060,926	26,609,194	28,997,761	33,593,189	136,505,893	5,750,551
Quebec	370,318,884	338,298,891	372,119,312	408,196,747	469,044,772	1,957,978,606	57,853,061
Ontario	1,045,236,757	531,455,985	551,164,006	560,076,828	614,476,181	3,302,409,757	221,220,211
Manitoba	147,422,397	47,166,614	53,910,308	58,825,273	64,154,128	371,478,720	13,670,751
Saskatchewan	123,262,701	43,418,094	45,169,019	50,382,091	57,665,520	319,897,425	6,353,281
Alberta	210,912,204	92,989,631	94,368,031	106,951,325	124,724,892	629,946,083	7,996,441
British Columbia	411,324,505	142,763,467	162,757,882	172,387,328	220,875,787	1,110,108,969	(658,721)
Yukon	—	732,435	1,144,091	1,354,275	1,538,267	4,769,068	497,981
Northwest Territories	1,028,687	1,618,955	1,666,563	2,496,689	2,736,679	9,547,573	46,751
Total	2,465,504,395	1,280,363,649	1,372,941,490	1,463,045,730	1,677,766,606	8,259,621,870	313,796,591

**Note:**  
The following are transfers to Hospital Insurance Program

Ontario	6,661,500			77,834,011	89,453,000	173,948,511
Manitoba		9,103,300		770,418		9,873,718
Saskatchewan			235,700			235,700
British Columbia				27,003,000		27,003,000
Total	6,661,500	9,103,300	235,700	105,607,429	89,453,000	211,060,929

\*Refer to page 1 for dates of entry by Provinces

## Appendix Summary of Provincial Health Insurance Plans

### Newfoundland

#### Medical Care Insurance

##### Benefits

*Cost-Shared Benefits:* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional Benefits Not Cost-Shared (a):* Children's Dental Health Program available to children up to 11 years of age. This program is administered by the Department of Health.

##### Premium per month

none

#### Hospital Insurance

##### Benefits cost-shared

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretation; radiotherapy and physiotherapy where available, occupational therapy, where available, out-patient visits, emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

##### Out-of-province benefits (cost-shared)

Same benefits as provided in the province.

##### Authorized charges

none

### Prince Edward Island

#### Medical Care Insurance

##### Benefits

*Cost-shared benefits:* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

##### Premium per month

none

#### Hospital Insurance

##### Benefits cost-shared

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* Laboratory procedures as specified; radiological procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as in-patient services.

##### Out-of-province benefits (cost-shared)

*Within Canada:* Standard ward rate or rate authorized for out-patient services of host province in case of: 1) emergency, 2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be treated adequately in P.E.I. Otherwise up to \$65 per day for in-patient care.

*Outside Canada: In-patient services only to*

Maximum of:

Emergency — up to \$100 per day towards costs of

hospital room charges and 75% of balance of cost of insured services.

2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada — standard ward rate for hospital and all necessary essential services. Otherwise, up to \$65 per day for in-patient care.

##### Authorized charges

none

### ■ Nova Scotia

#### Medical Care Insurance

##### Benefits

*Cost-shared benefits:* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits not cost-shared (a):* Optometric visual analysis; Children's Dental Plan for children born after January 1, 1967; Pharmacare plan for residents 65 and over.

##### Premium per month

none

#### Hospital Insurance

##### Benefits cost-shared

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electroencephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, as well as various emergency diagnoses and treatment within 48 hrs. of an accident and various hospital services in connection with various minor medical and surgical procedures; surgical procedures; dietary counselling.

##### Out-of-province benefits (cost-shared)

*Within Canada: In-patient only* for a) emergencies and b) with prior approval of Commission of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician.

*Outside Canada:* Ward rate up to \$100 per day plus 75% of the remainder except for infants less than 15 days old, then \$11 per day.

##### Authorized charges

none



## ■ New Brunswick

### Medical Care Insurance

#### Benefits

*Cost-shared benefits:* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefit not cost-shared (a):*

Prescription Drug Program for beneficiaries who are 65 years or more and for those with cystic fibrosis.

#### Premium per month

none

### Hospital Insurance

#### Benefits cost-shared

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* All approved available services.

#### Out-of-province benefits (cost-shared)

*In Canada:* Complete *in-patient* coverage at standard ward rate approved by hospital's provincial plan.  
*Out-patient:* Total amount charged for entitled services at rates approved by hospital's provincial plan.

*Outside Canada: In-patient coverage* — All — inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of three largest New Brunswick hospitals.

*Out-patient coverage* — Entitled out-patient services at New Brunswick rates. (As of April 1st, 1976, the above rates will apply only in the case of: a) emergency, b) temporary absence from province for education, c) referral by a New Brunswick physician with prior approval of the Department of Health, d) special services not being available in New Brunswick, e) care and treatment received in a Canadian hospital where the medical component has been approved for payment under the Medical Services Payment Act, f) the treatment being required up to the first day of the third month following the month of arrival at a new residence following a permanent move.)

#### Authorized charges

none

## ■ Quebec

### Medical Care Insurance

#### Benefits

*Cost-shared benefits:* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits not cost-shared (a):* Optometry, oral surgery performed in a university establishment. Drugs and professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures; for persons aged 65 years and over in receipt of a monthly guaranteed income supplement in addition to the Old Age Security pension; for persons between 60 and 64 years of age who are eligible for an allowance under the Old Age Security Act and would otherwise, without that allowance, be eligible for social aid or certain governmental social aid measures. Dental services for children under the age of ten. Prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation.

#### Premium per month

None (e)

### Hospital Insurance

#### Benefits cost-shared

*In-patient:* Standard ward including all available services.

*Out-patient:* Certain psychiatric services, emergency (24 hrs.), minor surgery including x-ray and laboratory examinations and related interpretation, physiotherapy, medical orthoptics, occupational therapy, audiology and speech therapy.

#### Out-of-province benefits (cost-shared)

*Within Canada: In-patient:* Approved standard ward rate.

*Out-patient:* Insured services at the prevailing rate of the hospital where these services are received.

*Outside Canada: In-patient:* Elective cases up to \$25 per day. Emergency or sudden illness and referral cases receiving prior approval. Room and board at the ward rate plus cost of other insured services.

Are excluded: spas, psychiatric and tuberculosis hospitals.

*Out-patient:* at the prevailing rate of the hospital where the insured services are received provided that:

a) the services were received during the 24 hrs. following an accident; b) the services became necessary due to a sudden illness or emergency.

#### Authorized charges

\$6 per day in hospital centres for prolonged care and in prolonged care units of hospital centres for short duration care (children under 18 years and those with limited resources are exempted).

## ■ Ontario

### Medical Care Insurance

#### Benefits

*Cost-shared benefits:* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits not cost-shared (a):* Optometric, chiropractic, podiatry, osteopathy. (Also out-of-hospital benefit towards cost of physiotherapy and for ambulance services.) Home Care Program Services; home renal dialysis and home hyperalimentation equipment, supplies and medication. (The provincial Ministry of Health administers a free Drug Benefit Plan for persons 65 years and over who are Canadian citizens or landed immigrants and who have lived in the province for the past 12 months disabled persons and persons with limited incomes.)

#### Premium per month (b)

Single — \$11.00 (d) Couple — \$22.00 (d).

Family — \$22.00 (d). (Premiums increased to \$16.00 (single) \$32.00 (couple) and \$32.00 (family) effective August 1, 1976).

### Hospital Insurance

#### Benefits cost-shared

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* Broad range of essential services, physio, occupational, speech, radio- and inhalation

See footnote on page 13.

rapies, diet counselling services when prescribed by a physician, and other hospital services when medically necessary. (The plan also provides an extensive nursing benefit. This is not cost-shared under the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act. Province now being reimbursed under Canada Assistance Plan for revenues lost due to implementation of universal nursing home coverage.)

#### **Out-of-province benefits (cost-shared)**

Full rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. 75% of standard ward for non-emergency admissions in the United States including room, board and extras. 100% of emergencies anywhere in the world. 75% of standard ward care in all other cases occurring outside Canada or the U.S.

#### **Authorized charges**

none

### **Manitoba**

#### **Medical Care Insurance**

##### **Benefits**

*Cost-shared benefits:* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits not cost-shared (a):* Certain optometric and chiropractic services, prosthetic devices, certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by an M.D. Contact lens following cataract surgery. Artificial eyes. A prescription drug program. Ante-natal Rh immune globulin. A personal care program.

##### **Premium per month**

none

#### **Hospital Insurance**

##### **Benefits cost-shared**

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* All services except drugs and dressings in certain cases. (The plan also provides an extensive nursing home benefit. This is not cost-shared under the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act. Province now being reimbursed under Canada Assistance Plan for revenues lost due to implementation of universal nursing home coverage.)

##### **Out-of-province benefits (cost-shared)**

*In Canada:* Rate approved by hospital's provincial

*Outside Canada:* The greater of 75% of hospital's charges or a daily allowance if: a) emergency, b) adequate care not available in Manitoba, c) during 3 months following permanent move, d) temporary employment or vacation. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases.

##### **Authorized charges**

none

### **■ Saskatchewan**

#### **Medical Care Insurance**

##### **Benefits**

*Cost-shared benefits:* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits not cost-shared (a):* Optometry, chiropractic, referred services by dentist for care of cleft palate and for orthodontic oral surgery. With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial Department of Health. These include a subsidized hearing aid plan; the provision of prosthetic and orthotic devices; provision of wheelchairs, walkers, commodes and other aids to daily living; a dental plan for children; the prescription drug plan.

##### **Premium per month**

none

#### **Hospital Insurance**

##### **Benefits cost-shared**

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* to the extent that a hospital is able to provide it.

##### **Out-of-province benefits (cost-shared)**

*In-patient:*

*Within Canada:* Standard ward rate less co-insurance charge where applicable.

*Outside Canada:* Maximums apply as to rate and number of days of care.

*Out-patient:*

*Within Canada:* Total amount charged.

*Outside Canada:* Total amount charged or a rate considered to be fair and reasonable.

##### **Authorized charges**

none

### **■ Alberta**

#### **Medical Care Insurance**

##### **Benefits**

*Cost-shared benefits:* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits not cost-shared (a):* Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric and chiropractic services and podiatric services and appliances. An optional health services contract is available through the Commission providing Alberta Blue Cross Plan membership at reduced rates to residents who are not members of a group. For residents 65 and over and their dependants, the government provides a major portion of the cost of eyeglasses and assumes the cost of hearing aids, dentures and dental care and medical and surgical equipment, supplies and appliances.

##### **Premium per month (b)**

Single — \$5.75 (c). Couple — \$11.50 (c). Family — \$11.50 (c). (Premiums increased to \$6.40 (single), \$12.80 (couple) and \$12.80 (family) from April 1, 1976.)

See footnote on page 13.

## **Hospital Insurance**

### **Benefits cost-shared**

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* 100% of all out-patient procedures rendered by the hospital; 100% of all diagnostic and physiotherapy services rendered in approved facilities outside the hospital; 100% of all out-patient services provided by provincial cancer clinics; dietetic counselling services. (The plan also provides an extensive nursing home benefit. This is not cost-shared under the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act. Province is now being reimbursed under Canada Assistance Plan for revenues lost due to implementation of universal nursing home coverage.)

### **Out-of-province benefits (cost-shared)**

*In-patient:* 100% of all approved in-patient charges in Canada. Outside Canada, at \$50 per day or the actual cost whichever is the lesser, less the authorized charges. For newborn — \$9.00 per day or the actual cost whichever is the lesser.

*Out-patient:* 100% of all services rendered by hospitals in Canada, at their respective approved rates. Outside Canada, for charges less than \$25, the actual amount; for charges exceeding \$25, the lesser of the amount charged by the hospital or the amount payable in Alberta, but not less than \$25.

### **Authorized charges**

Adults (excluding residents 65 years or older and their dependants) and children (excluding newborn): \$5 for the first day in active treatment hospitals. Also excluded are: a) inter-hospital transfers, b) admissions approved by cancer clinics, c) polio patients, d) recipients of social assistance from Dept. of Social Services & Community Health. Auxiliary Hospitals: \$4 per day after 120 days.

## **■ British Columbia**

### **Medical Care Insurance Benefits**

*Cost-shared benefits:* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits not cost-shared (a):* Optometry, chiropractic, naturopathy, physiotherapy, podiatry, orthopedic treatment and services of Red Cross nurses, special nurses and V.O.N., orthodontic services for hare lip and/or cleft palate. (Free prescription drug program for residents 65 and over and a drug subsidy program for those under 65 receiving 90% medicare premium subsidy — administered through the Department of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, B.C.)

#### **Premium per month (b)**

Single — \$5.00. Two persons — \$10.00. Family of three or more persons — \$12.50. (Premiums increased to \$7.50 (single), \$15.00 (two persons) and \$18.50 (family of three or more persons) from July 1, 1976.)

## **Hospital Insurance**

### **Benefits cost-shared**

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, out-patient cancer

therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals) dietetic counselling services.

### **Out-of-province benefits (cost-shared)**

a) *In-patient:* During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province — maximum stay of 12 months unless otherwise approved.

b) Referral, if approved by Deputy Minister.

c) *Out-of-Canada:* in-patient maximum \$75 per day for adults and children. \$12 per day for newborn (Canadian funds).

### **Authorized charges**

a) \$1 per day for standard ward care for adults and children excluding newborn.

b) \$2 for each emergency or minor surgical out-patient treatment.

c) \$2 for day care surgical services.

d) \$1 for out-patient cancer therapy, psychiatric day care or night care and psychiatric out-patient services, out-patient physiotherapy services, diabetic day care services, day care rehabilitation services, each dietetic counselling session.

(From June 1, 1976 charges to qualified patients in general hospitals will be \$4 per day excluding newborn. In extended care hospitals, the charge will be \$4 per day for adults and for children under the age of nineteen, \$1 per day.)

## **■ Northwest Territories**

### **Medical Care Insurance Benefits**

*Cost-shared benefits:* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

#### **Premium per month**

none

## **Hospital Insurance**

### **Benefits cost-shared**

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; and certain day care surgical procedures.

### **Out-of-province benefits (cost-shared)**

*In-patient:* Rate approved for hospital by its own provincial plan less N.W.T. co-insurance.

*Out-patient:* Same benefits as in N.W.T.

*Outside Canada:* Up to maximum specified rate.

### **Authorized charges**

*In-patient:* \$1.50 co-insurance per day for adults and children and newborns. (No charge from June 1, 1976.)



## ukon Territory

### Medical Care Insurance

#### Benefits

*Cost-shared benefits:* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

#### Premium per month (b)

Single — \$4.75. Couple — \$9.25. Family — \$14.00.

Rate depends on residency status rather than on age. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and has been in province for 12 months in province.

### Hospital Insurance

#### Benefits cost-shared

*In-patient:* Standard ward rate and all approved hospital services.

*Out-patient:* Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which normally form part of a physician's routine office examinations; day care surgical services.

#### Out-of-province benefits (cost-shared)

*In-patient:* Rate approved for hospital by its own provincial plan.

*Out-patient:* Same benefits as in Territory.

*Outside Canada:* Maximum applied as to rate.

#### Authorized charges

none

Notes:

These extra benefits are provided generally on a limited basis. For specific details, information may be obtained from the provincial plan. The federal government is not contributing towards the costs of these extra benefits. The premiums given in the table are those for persons who do not qualify for premium assistance on account of limited income. The provisions for assistance vary from province to province.

Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.

Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.

- (e) There is, however, a provincial income tax surcharge which requires married persons with a net income exceeding \$5,957 and single persons with a net income exceeding \$3,931 to contribute 0.8% of their net income for this coverage. The maximum annual contribution is \$125.00 for tax-paying employees who derive at least three-quarters of their incomes from their salaries or wages and \$200.00 in other cases.

Since January 1, 1976, legislation providing for health program financing has set the contribution of an individual at 1.5% of his net income for the year, to a maximum of \$235.00 for salaried employees and \$375.00 for self-employed persons. This individual contribution must not reduce net income to a figure below either \$5,600.00 or \$3,700.00 depending on whether the individual is married or single. The employer's contribution is set at 1.5% of the employee's salary. Eight-fifteenths of the contributions thus collected are remitted to the Quebec Health Insurance Board and the remaining seven-fifteenths are turned over to the hospital services fund, which is used exclusively for the financing of hospital services in Quebec.

January 1, 1976



Plan Addresses

	Medical Care	Hospital Insurance				
Newfoundland	Newfoundland Medical Care Commission, Elizabeth Towers, Elizabeth Avenue, St. John's, Newfoundland. A1C 5J3	Hospital Services Division, Department of Health, Confederation Building, St. John's, Newfoundland. A1C 5T7				
Prince Edward Island	Health Services Commission, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I. C1A 7P4	Hospital Services Commission of Prince Edward Island, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I. C1A 7P4				
Nova Scotia	Health Services and Insurance Commission, P.O. Box 760, Halifax, Nova Scotia. B3J 2V2	Health Services and Insurance Commission, P.O. Box 760, Halifax, Nova Scotia. B3J 2V2				
New Brunswick	Department of Health, Medicare Division, Box 5100, Fredericton, N.B. E3B 5G4	Department of Health, Medicare Division, Box 5100, Fredericton, N.B. E3B 5G4				
Quebec	Quebec Health Insurance Board, P.O. Box 6600, Quebec, Que. G1K 7T3	Ministry of Social Affairs, Joffre Building, 1075 Chemin Ste-Foy, Quebec, Que. G1A 1B9				
Ontario	Ontario Health Insurance Plan — (Medical Care and Hospital Insurance)					
	HAMILTON 25 Main St. W., L8P 4P9	KINGSTON 1055 Princess St., K7L 5A9	LONDON 227 Queens Ave., N6A 4L6	MISSISSAUGA 55 City Centre Dr., L5B 3M1	OSHAWA 44 Bond St. West, L1G 1A4	OTTAWA 75 Albert St., K1P 5Y9
	SUDBURY 295 Bond St., P3B 2J8	THUNDER BAY 435 James St. S., P7C 5G6		TORONTO 2195 Yonge St., M5W 1A0	WINDSOR 1427 Ouellette Ave., N8X 1K1	
Manitoba	Manitoba Health Services Commission, 599 Empress Street, Winnipeg, Manitoba. R3C 2T6			Manitoba Health Services Commission, 599 Empress Street, Winnipeg, Manitoba. R3C 2T6		
Saskatchewan	Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Provincial Health Building, 3211 Albert Street, Regina, Saskatchewan. S4S 0A8			Saskatchewan Hospital Services Plan, Provincial Health Building, 3211 Albert Street, Regina, Saskatchewan. S4S 5W6		
Alberta	Alberta Health Care Insurance Commission, P.O. Box 1360, Edmonton, Alberta. T5J 2N3			Alberta Hospital Services Commission, P.O. Box 2222, 9945 — 108 St., Edmonton, Alberta. T5J 2P4		
	or					
	Alberta Health Care Insurance Commission, J.J. Bowlen Building, 620 — 7th Avenue S.W., Calgary, Alberta. T2P 0Y8					
British Columbia	Medical Services Commission, Parliament Buildings, Victoria, B.C. (Insurance contract may be obtained from the Medical Services Plan of British Columbia, 1410 Government St., Victoria, B.C. V8V 1Z2)			Hospital Programs, Department of Health, Parliament Buildings, Victoria, British Columbia. V8V 1X4		
Northwest Territories	N.W.T. Health Care Plan, Government of the N.W.T., Yellowknife, N.W.T. X1A 2L9			N.W.T. Health Care Plan, Government of the N.W.T., Yellowknife, N.W.T. X1A 2L9		
Yukon	Yukon Health Care Insurance Plan, P.O. Box 2703, Whitehorse, Yukon. Y1A 2C6			Yukon Hospital Insurance Services, P.O. Box 2703, Whitehorse, Yukon. Y1A 2C6		









Assurance-maladie	Assurance hospitalisation
Commission des soins médicaux de Terre-Neuve, Tours Elizabeth, Avenue Elizabeth, ST. JOHN'S (T.-N.) A1C 5J3	Division des services hospitaliers, Ministère de la Santé, Immeuble de la Confédération, ST. JOHN'S (T.-N.) A1C 5T7
Commission des services de santé, B.P. 4500, CHARLOTTETOWN (I.-P.-É.) C1A 7P4	Commission des services hospitaliers de l'Île-du-Prince-Édouard, B.P. 4500, CHARLOTTETOWN (I.-P.-É.) C1A 7P4
Commission de l'assurance et des services de santé, B.P. 760, HALIFAX, (N.-É.) B3J 2V2	Commission de l'assurance et des services de santé, B.P. 760, HALIFAX, (N.-É.) B3J 2V2
Ministère de la Santé, Division de l'assurance-maladie, B.P. 5100, FREDERICTON (N.-B.) E3B 5G4	Ministère des Affaires sociales, Édifice Joffre, 1075, chemin Ste-Foy, QUÉBEC (Québec) G1K 7T3
Régie de l'assurance-maladie du Québec, B.P. 6600, QUÉBEC (Québec) G1K 7T3	
HAMILTON KINGSTON LONDON MISSISSAUGA OSHAWA OTAWA L8P 4P9 K7L 5A9 227, av. Queens N6A 4L6 THUNDER BAY 435 sud, rue James P7C 5G6 P3B 2J8 SUDBURY 235, rue Bond P3B 2J8	TORONTO WINDSOR 1427, av. Ouellette N8X 1K1 MSW 1A0 55, promenade City Centre L1G 1A4 44 ouest, rue Bond K1P 5Y9
Commission des services de santé du Manitoba 599, rue Empress WINNIPEG (Manitoba) R3C 2T6	Commission des services de santé du Manitoba 599, rue Empress WINNIPEG (Manitoba) R3C 2T6
Commission de l'assurance-maladie de la Saskatchewan Immeuble provincial de la Santé 3211, rue Albert REGINA (Saskatchewan) S4S 0A8	Régime des services hospitaliers de la Saskatchewan Immeuble provincial de la Santé 3211, rue Albert REGINA (Saskatchewan) S4S 5W6
Commission de l'assurance-maladie de l'Alberta EDMONTON (Alberta) B.P. 1360 TSJ 2N3	Commission des services hospitaliers de l'Alberta EDMONTON (Alberta) B.P. 2222 9945-108e rue EDMONTON (Alberta) TSJ 2P4
Commission de l'assurance-maladie de l'Alberta Immeuble J. J. Bowlen 670, 7e avenue S.-O. CALGARY (Alberta) T2P 0Y8	Programmes hospitaliers Ministère de la Santé Immeuble du Parlement VICTORIA (C.-B.) V8V 1X4
Commission des services médicaux Immeuble du Parlement VICTORIA (C.-B.) (Pour obtenir un contrat d'assurance, s'adresser au Régime de services médicaux de la Colombie- Britannique) 1410, rue du Gouvernement VICTORIA (C.-B.) V8V 1Z2	Régime de l'assurance-santé des Territoires du Nord-Ouest Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest YELLOWKNIFE (T. du N.-O.) X1A 2L9
Régime de l'assurance-maladie du Yukon B.P. 2703 WHITEHORSE (Yukon) Y1A 2C6	Service d'assurance-hospitalisation du Yukon B.P. 2703 WHITEHORSE (Yukon) Y1A 2C6

liés, pour les soins psychiatriques de jour ou de nuit et pour les services psychiatriques aux malades non hospitalisés, pour les services de physiothérapie aux malades hospitalisés, pour les services de jour aux diabétiques, pour les services de réadaptation de jour, pour chaque séance de consultation diététique.

(À partir du 1<sup>er</sup> juin 1976, les frais pour malades hospitalisés dans les hôpitaux généraux seront de \$4 par jour à l'exception des nouveau-nés. Dans les hôpitaux pour soins prolongés, les frais seront de \$4 par jour pour les adultes et de \$1 pour les enfants de moins de 19 ans.)

■ Territoires du Nord-Ouest

Assurance-maladie

Services

*Services assurés*: tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un dentiste.

Prime mensuelle

aucune

Assurance-hospitalisation

Services à frais partagés

*Malades hospitalisés*: salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés*: traitement d'urgence et post-hospitalier de blessures; examens radiologiques médicalement requis et analyses nécessaires au diagnostic; examens de laboratoire; petite chirurgie; physiothérapie et radiothérapie quand elles sont disponibles et certaines interventions chirurgicales de jour.

Services à l'extérieur de la province

(Frais partagés)

*Malades hospitalisés*: tarif approuvé pour l'hôpital par le régime hospitalier de la province moins les frais modérateurs des Territoires du Nord-Ouest.

*Malades non hospitalisés*: mêmes services dans les Territoires du Nord-Ouest.

A l'extérieur du Canada: jusqu'au tarif maximal spécifique.

Frais autorisés

*Malades hospitalisés*: \$1,50 de frais autorisés par jour pour adultes, enfants et nouveau-nés. (Aucun frais à partir du 1<sup>er</sup> juin 1976)

■ Yukon

Assurance-maladie

Services

*Services assurés*: tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Prime mensuelle (b)

Personne seule — \$4,75. Couple — \$9,25. Famille \$11.

La garantie dépend de la résidence et non de l'acquisition des primes. Les personnes de 65 ans et plus sont exemptées des primes.

Assurance-hospitalisation

Services à frais partagés

*Malades hospitalisés*: salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés*: laboratoire, radiologie et autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement de blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui font partie du travail ordinaire du médecin; services chirurgicaux de jour.

Services à l'extérieur de la province

(Frais partagés)

*Malades hospitalisés*: tarif approuvé pour l'hôpital par le régime hospitalier de la province.

*Malades non hospitalisés*: mêmes services que dans la province.

Frais autorisés

A l'extérieur du Canada: tarif maximal

aucuns

Notes:

a) Ces services supplémentaires sont généralement limités. Pour plus de précisions, s'adresser au régime de la province.

b) Les primes indiquées dans le tableau s'appliquent aux personnes qui n'ont pas droit à l'assistance-prime accord aux personnes à faible revenu. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.

c) Exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si l'un des membres de l'unité familiale est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport à l'assurance-maladie.

d) Taux pour l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation combinées. Exemption de prime si l'un des membres de l'unité familiale est âgé de 65 ans ou plus et résidant dans la province depuis au moins les 12 derniers mois.

e) Les gens mariés dont le revenu net dépasse \$5957 et les personnes seules dont le revenu net dépasse \$3931 sont tenus de verser 0,8% de leur revenu net pour cette assurance. La contribution annuelle maximale est de \$125 pour les contributions des salariés dont au moins les trois quarts du revenu proviennent de salaires ou traitements et \$200 pour les autres.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1976, la loi pourvoyant au financement des programmes de santé fixe la contribution d'un particulier à 1,5% de son revenu net pour l'année, jusqu'à concurrence de \$235 pour le salarié et de \$375 pour le particulier ne peut réduire son revenu net à un montant qui soit inférieur à \$5600 ou \$3700 selon qu'il s'agit de travailleur autonome. Cette contribution que doit verser d'une personne mariée ou d'une personne seule. La contribution de l'employeur est fixée à 1,5% du salaire versé à un employé. Des contributions ainsi recueillies, 8/15 de l'ensemble sont remis à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et 7/15 sont versés au fonds des services hospitaliers, fonds exclusivement affecté au financement des services hospitaliers, fonds exclusivement affecté au financement des services hospitaliers du Québec.

**Assurance-maladie**

**Services**  
Sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

**Services supplémentaires assurés (a) :** soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements, optométrie, chiropraxie, soins orthopédiques et appareils. Une assurance facultative est offerte par la Commission qui donne, à prix réduit, des dentiers de membre de la Croix-Bleue de l'Alberta aux patients qui ne font partie d'aucun groupe. Pour les patients de 65 ans et plus et les personnes à leur charge, le gouvernement prend en charge la plus grande partie du coût des prothèses auditives, ainsi que des soins dentaires y compris les dentiers, l'appareillage et les fournitures de nature médicale et chirurgicale.

**Prime mensuelle (b)**

Personne seule — \$5,75 (c). Couple — \$11,50 (c). Famille — \$11,50 (c). (Augmentation de prime à \$12,80 (couple) et \$12,80 (personne seule) à partir du 1<sup>er</sup> avril 1976)

**Assurance-hospitalisation**

**Services à frais partagés**  
*Malades hospitalisés :* salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés :* 100% du coût de tous les services externes offerts par l'hôpital; 100% du coût de tous les services de diagnostic et de physiothérapie offerts dans des établissements approuvés en dehors des hôpitaux; 100% du coût de tous les services externes dans les cliniques provinciales du cancer; les services de consultation diététique. (Ce régime offre également l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. La province reçoit actuellement un remboursement en vertu du Régime d'assistance publique du Canada pour la perte de revenu due à l'extension du service des soins de repos à toute la population.)

**Services à l'extérieur de la province**

**(Frais partagés)**  
*Malades hospitalisés :* 100% du coût des services trouvés offerts au Canada. A l'extérieur du Canada, la part élevée de ces deux sommes: \$50 par jour ou le montant réel, moins les frais autorisés. Pour les nouveaux-nés, la part élevée de ces deux sommes: \$9 par jour ou le montant réel.

*Malades non hospitalisés :* 100% du coût de tous les services donnés dans les hôpitaux du Canada aux taux réduits. A l'extérieur du Canada, coût réel pour les services de moins de \$25; pour ceux de plus de \$25, la part élevée de ces deux sommes; le montant demandé par l'hôpital ou le montant payable en Alberta. (minimum \$25)

**Frais autorisés**

Adultes (à l'exclusion des résidents de plus de 65 ans et leurs dépendants) et les enfants (les nouveaux-nés exclus) : \$5 pour le premier jour dans un hôpital dispensant des soins aigus. Sont aussi exclus: (a) malades transférés d'un hôpital à un autre, (b) admissions approuvées dans des dispensaires pour les cancéreux, (c)

■ **Colombie-Britannique**

**Assurance-maladie**

**Services**

*Services assurés :* tous les services de médecine qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

*Services supplémentaires assurés (a) :* optométrie, chiropraxie, médecine naturelle, physiothérapie, podiatrie, soins orthopédiques, services des infirmières de la Croix-Rouge, de l'Ordre de Victoria ou d'infirmières particulières. Services orthodontiques pour bec-de-lièvre et fissure palatine. (Programme de médicaments de prescription gratuits pour les personnes de 65 ans et plus et programme d'aide médicaments pour les personnes de moins de 65 ans dont la prime est subventionnée à 90%; ces deux programmes sont administrés par le ministère des Ressources humaines, Immeuble du Parlement, Victoria (C.-B.)

**Prime mensuelle (b)**

Personne seule — \$5. Deux personnes — \$10. Famille de trois personnes ou plus — \$12,50 (augmentation de prime à \$7,50 (personne seule) \$15 (deux personnes) \$18,75 (famille de trois personnes ou plus) à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1976)

**Assurance-hospitalisation**

**Services à frais partagés**

*Malades hospitalisés :* salle commune, tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés :* services d'urgence, petite chirurgie, soins chirurgicaux de jour, traitement des cancéreux non hospitalisés, soins psychiatriques de jour et de nuit, services de réadaptation dispensés de jour, services de traitement de la toxicomanie, services de physiothérapie, traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie aux malades non hospitalisés (dans les hôpitaux désignés), services de consultation diététique.

**Services à l'extérieur de la province**

**(Frais partagés)**  
*a) Malades hospitalisés :* au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12<sup>e</sup> mois suivant le mois du départ de la province — absence maximale de 12 mois, sauf disposition contraire.

*b) Aux malades dirigés pour traitements avec l'approbation du sous-ministre.*

*c) A l'extérieur du Canada :* un maximum de \$75 par jour pour les adultes et enfants hospitalisés et de \$12 par jour pour les nouveaux-nés (devises canadiennes).

**Frais autorisés**

*a) \$1 par jour pour les soins en salle ordinaire pour les adultes et les enfants, sauf les nouveaux-nés.*

*b) \$2 pour tout service d'urgence ou petite intervention chirurgicale à un malade non hospitalisé.*

*c) \$2 par jour pour les soins chirurgicaux de jour.*

*d) \$1 pour les soins aux cancéreux non hospitalisés.*



dans la province depuis les 12 derniers mois, ou les infirmes et les personnes à revenu modeste.)

**Prime mensuelle (b)**

Personne seule — \$11 (d), Couple — \$22 (d), Famille — \$22 (d), (Augmentation de prime à: \$16 (personne seule) \$32 (couple) et \$32 (famille) à partir du 1<sup>er</sup> août 1976)

**Assurance-hospitalisation**

**Services à frais partagés**

*Malades hospitalisés*: salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés*: vaste éventail de services essentiels, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, radiothérapie, aérosothérapie, services de consultation diététique, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et autres services hospitaliers médicalement nécessaires. (Ce régime offre également un service étendu de maisons de repos. Ceci ne fait pas l'objet d'un partage de frais en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. La province reçoit actuellement un remboursement en vertu du Régime d'assistance publique du Canada pour la perte de revenu due à l'extension du service des maisons de repos à toute la population.)

**Services à l'extérieur de la province**

**(frais partagés)**

Plein tarif des autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les frais d'établissement de la province en cause. 75% du tarif de la salle ordinaire pour les cas non urgents aux États-Unis, y compris logement, et pension et tous les services supplémentaires. 100% des frais des services d'urgence partout dans le monde. Plein tarif de la salle ordinaire dans tous les autres cas survenant à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.

**Frais autorisés**

aucuns

■ **Manitoba**

**Assurance-maladie**

**Services**

*Services assurés*: tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

*Services supplémentaires assurés (a)*: certains services d'optométrie et de chiropraxie. Prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Lentilles cornéennes requises après opération d'une cataracte congénitale. Yeux artificiels. Un régime pour les médicaments de prescription. Épreuves prénatales d'anticorps Rh. Un programme de soins personnels.

**Prime mensuelle**

aucune

**Assurance-hospitalisation**

**Services à frais partagés**

*Malades hospitalisés*: salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés*: tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements.

(Ce régime offre également un service étendu de maisons

■ **Saskatchewan**

**Assurance-maladie**

**Services**

*Services assurés*: tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

*Services supplémentaires assurés (a)*: optométrie, chiropraxie, cas envoyés par un dentiste pour le traitement d'une fissure palatine et pour la chirurgie orthodontique. Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes valides d'assurance maladie sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ceux-ci comprennent un régime de subventions pour prothèses auditives, la dispensation de prothèses et d'appareils orthopédiques, la dispensation de chaises roulantes, cadres de marche, chaises spéciales et tout autre aide pour la vie quotidienne; un régime de soins dentaires pour enfants; un régime de médicaments de prescription.

**Prime mensuelle**

aucune

**Assurance-hospitalisation**

**Services à frais partagés**

*Malades hospitalisés*: salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés*: dans la mesure où un hôpital peut assurer le service.

**Services à l'extérieur de la province**

**(frais partagés)**

*Malades hospitalisés*  
*Au Canada*: tarif de la salle ordinaire, moins les frais modérateurs, le cas échéant.  
*A l'extérieur du Canada*: maximum du tarif et du nombre de journées de soins.

*Malades externes*  
*Au Canada*: totalité des frais.

**Frais autorisés**

aucuns

Voir notes à la page 14.



Assurance-maladie

Services

*Services assurés:* tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Prime mensuelle

aucune

Assurance-hospitalisation

Services à frais partagés

*Malades hospitalisés:* salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés:* tous les services approuvés disponibles.

Services à l'extérieur de la province

(frais partagés)

*Au Canada: malades hospitalisés:* protection complète au tarif de la salle ordinaire approuvé par le régime hospitalier de la province.

*Malades non hospitalisés:* totalité des frais des services assurés au tarif approuvé par le régime hospitalier de la province.

*A l'extérieur du Canada: malades hospitalisés:* les frais ne dépassant pas le tarif moyen de la salle ordinaire (au dollar le plus près) des trois plus grands tarifs de la province.

*Malades non hospitalisés:* services assurés aux tarifs du Nouveau-Brunswick, à partir du 1 avril 1976, les tarifs ci-dessus seront en vigueur pour: a) les cas d'urgence, b) absence temporaire de la province pour études, c) maladie dirigée par un médecin du Nouveau-Brunswick sur approbation du ministère de la Santé, d) services spéciaux non disponibles au régime canadien où les paiements se font dans le cadre de soins nécessaires jusqu'au premier jour du troisième mois avant le mois d'arrivée à la nouvelle résidence — placement permanent.

Frais autorisés

aucuns

Assurance-maladie

Services

*Services assurés:* tous les services de médecin sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

*Services supplémentaires assurés (a):* optique, chirurgie buccale effectuée dans un milieu universitaire. Médicaments et services professionnels pour bénéficiaires de l'aide sociale et les bénéficiaires de mesures d'aide gouvernementale; pour les personnes âgées de 65 ans et plus recevant un supplément revenu mensuel garanti ajouté à leur pension de vieillesse; pour les personnes de 60 à 64 ans admissibles

■ Ontario

Assurance-maladie

Services

*Services assurés:* tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services supplémentaires assurés (a):

optique, chiropraxie, podiatrie, ostéopathe. (Prestations aux malades non hospitalisés pour le coût des traitements de physiothérapie et des services d'ambulance.) Les services du programme de soins à domicile; matériel, appareillage et médicaments pour la dialyse rénale et la sur-alimentation à domicile. (Le ministère provincial de la Santé administre un régime de médicaments gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus, qui sont des citoyens canadiens ou des immigrants reçus demeurant

Prime mensuelle

aucune (e)

Assurance-hospitalisation

Services à frais partagés

*Malades hospitalisés:* salle ordinaire et tous les services disponibles.

*Malades non hospitalisés:* certains services psychiatriques, services d'urgence (24 h), petite chirurgie, radiographie, analyses de laboratoire et interprétations connexes, physiothérapie, radiothérapie, orthopédie médicale, ergothérapie, audiologie et orthophonie.

Services à l'extérieur de la province

(frais partagés)

*Au Canada: malades hospitalisés:* tarif de la salle ordinaire approuvé.

*Malades non hospitalisés:* services assurés, au tarif de l'hôpital en cause.

*A l'extérieur du Canada: malades hospitalisés:* cas d'hospitalisation facultative; jusqu'à \$25 par jour. Urgence ou maladie subite et maladie dirigée pour traitement après autorisation préalable; logement et pension au tarif de la salle ordinaire plus les frais des autres services assurés. Sont exclus: les stations thermales, les sanatoriums et les hôpitaux psychiatriques.

Frais autorisés

\$6 par jour dans les centres hospitaliers de soins prolongés et dans les unités de soins prolongés dans les centres hospitaliers de soins de courte durée (les enfants âgés de moins de 18 ans et les personnes à faible revenu sont exemptés.)

Assurance-maladie

Services

*Services assurés:* tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services supplémentaires assurés (a):

optique, chiropraxie, podiatrie, ostéopathe. (Prestations aux malades non hospitalisés pour le coût des traitements de physiothérapie et des services d'ambulance.) Les services du programme de soins à domicile; matériel, appareillage et médicaments pour la dialyse rénale et la sur-alimentation à domicile. (Le ministère provincial de la Santé administre un régime de médicaments gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus, qui sont des citoyens canadiens ou des immigrants reçus demeurant

■ Terre-Neuve

**Assurance-maladie**

**Services**

*Services assurés:* tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

*Services supplémentaires assurés (a):* programme d'hygiène dentaire pour les enfants: offert aux enfants jusqu'à l'âge de 11 ans. Ce programme est administré par le ministère de la Santé.

**Prime mensuelle**

aucune

**Assurance-hospitalisation**

**Services à frais partagés**

*Malades hospitalisés:* salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés:* laboratoire, radiologie, autres services de diagnostic, y compris les analyses

nécessaires, radiothérapie et physiothérapie, si ces services sont offerts; ergothérapie, si disponible, visites aux malades non hospitalisés, visites d'urgence, salle d'opération et tous les appareils et fournitures, platres, médicaments et fournitures médicales et chirurgicales utilisés dans un hôpital.

**Services à l'extérieur de la province**

**(Frais partagés)**

Mêmes services que dans la province.

**Frais autorisés**

aucuns

■ Ile-du-Prince-Édouard

**Assurance-maladie**

**Services**

*Services assurés:* tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

**Prime mensuelle**

aucune

**Assurance-hospitalisation**

**Services à frais partagés**

*Malades hospitalisés:* salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés:* examens de laboratoire tels qu'ils sont précisés; services de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radio-

actifs, médicaments, substances biologiques et autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services indiqués comme services aux malades hospitalisés.

**Services à l'extérieur de la province**

**(Frais partagés)**

*Au Canada:* tarif des salles ordinaires ou tarifs établis par la province hôte pour services aux malades non

hospitalisés pour: 1) les cas d'urgence, 2) les malades dirigés avec l'approbation de la Commission pour les cas qui ne peuvent pas être traités de façon adéquate à l'I-P-E.

aucuns

**Frais autorisés**

Pour les autres cas, \$65 par jour seront défrayés pour les malades hospitalisés. A l'extérieur du Canada: services aux malades hospitalisés seulement jusqu'à un total de: 1) urgence: \$100 par jour pour une chambre dans un hôpital et 75% des coûts restants pour services assurés (2) malades dirigés, sur approbation de la Commission, pour les cas qui ne peuvent pas être traités de façon adéquate au Canada — tarif de la salle ordinaire dans un hôpital et tous les soins nécessaires. Pour les autres cas, \$65 par jour seront défrayés pour les malades hospitalisés.

■ Nouvelle-Écosse

**Assurance-maladie**

**Services**

*Services assurés:* tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

*Services supplémentaires assurés (a):* examen de la vue. Régime d'assurance dentaire pour enfants né après le 1<sup>er</sup> janvier 1967. Régime d'assurance-médica-

**Prime mensuelle**

aucune

**Assurance-hospitalisation**

**Services à frais partagés**

*Malades hospitalisés:* salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés:* vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, comprenant: analyses de laboratoire médicalement nécessaires, examens électro-encéphalographiques et radiologiques, élé-

cardiogrammes, installations de physiothérapie, s'il y a, divers médicaments, services hospitaliers, y compris repas pour diabétiques en traitement de jour, hémodialyses pour diagnostics au moyen des ultrasons et analyses des résultats, électro-cardiogrammes et analyse des résultats, divers cas d'urgence traités dans les 48 heures suivant un accident et divers services hospitaliers relatifs à des interventions chirurgicales ou médicales d'ordre mineur et consultation diététique.

**Services à l'extérieur de la province**

**(Frais partagés)**

*Au Canada: malades hospitalisés seulement:* a) les cas d'urgence et b) avec l'approbation préalable de la Commission pour les traitements médicaux requi-

suivis à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse, et recommandés par un médecin de la Nouvelle-Écosse. A l'extérieur du Canada: tarif de la salle jusqu'à concurrence de \$100 par jour, plus 75% des frais restants pour les nourrissons de moins de 15 jours, \$11 par jour pour les nourrissons de moins de 15 jours, \$11 par jour

**Frais autorisés**

aucuns

Différence  
 en moins (ou  
 en plus) des  
 coûts sur les  
 estimations

	1968-1969	1971-1972	1972-1973	1973-1974	1974-1975	1975-1976	Total
\$	42 994 891	17 083 171	20 432 491	22 460 791	26 767 778	129 739 122	1 007 573
-Nouvelle	4 901 367	4 595 645	4 751 482	5 735 571	6 392 913	26 376 978	(397 768)
-Prince-Édouard	84 857 179	36 179 835	38 849 111	45 181 051	55 796 500	260 863 676	456 456
elle-Ecosse	23 244 823	24 060 926	26 609 194	28 997 761	33 593 189	136 505 893	5 750 552
eau-Brunswick	370 318 884	531 455 985	551 164 006	560 076 828	614 476 181	3 302 409 757	221 220 215
éc	1 045 236 757	47 166 614	53 910 308	58 825 273	64 154 128	371 478 720	13 670 757
to	147 422 397	47 166 614	53 910 308	58 825 273	64 154 128	371 478 720	13 670 757
atthewan	123 262 701	43 418 094	45 169 019	50 382 091	57 665 520	319 897 425	6 353 282
ta	411 324 505	142 763 467	162 757 882	172 387 328	220 875 787	1 110 108 969	(658 724)
mbie-Britannique	210 912 204	92 989 631	94 368 031	106 951 325	124 724 892	629 946 083	7 996 449
toires du Nord-Ouest	1 028 687	1 618 955	1 666 563	2 496 689	2 736 679	9 547 573	46 753
2 465 504 395	1 280 363 649	1 372 941 490	1 463 045 730	1 677 766 606	8 259 621 870	313 796 598	

données ci-dessous constituent les transferts au programme d'assurance-hospitalisation.

6 661 500	9 103 300	77 834 011	89 453 000	173 948 511
6 661 500	9 103 300	770 418	89 453 000	211 060 929
235 700	235 700	27 003 000	27 003 000	27 003 000
235 700	235 700	105 607 429	89 453 000	211 060 929

liste des dates à partir desquelles les provinces se sont jointes au  
 programme fédéral de soins médicaux se trouve à la page 2.



**Tableau 5**  
Loi sur les soins médicaux  
Éléments de coûts, accroissement du PNB, population et coût par habitant — Canada pour les années financières 1972-1973 à 1975-1976

Détails	1972-1973	1973-1974	1974-1975	1975-1976
Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant
Aug.	Aug.	Aug.	Aug.	Aug.
Palements à l'acte aux médecins et aux chirurgiens-dentistes — voir note 1	1 211 586 408	1 297 345 546	1 388 938 952	1 587 362 186
Autres paiements — voir note 2	70 575 302	78 282 344	77 466 278	93 950 459
Moins: Recouvrements provenant d'un tiers	1 798 061	2 686 400	3 359 501	3 546 039
Coût des services assurés	1 280 363 649	1 372 941 490	1 463 045 729	1 677 766 606
Accroissement du PNB — voir note 3	21 869 511	22 172 500	22 536 395	22 886 480
Population assurée	58,54	61,92	64,92	73,31
Coût par habitant des services assurés	58,54	61,92	64,92	73,31

Notes

1) Les paiements faits selon la formule de paiements à l'acte comprennent les coûts représentant les paiements aux

médecins et aux chirurgiens-dentistes d'exercice privé ou

aux employeurs de médecins et chirurgiens-dentistes ou

les paiements faits directement aux personnes assurées pour

des services assurés rendus selon la formule de paiements

à l'acte.

2) Les autres paiements comprennent les salaires ou parties

de salaires payés aux médecins et aux chirurgiens-dentistes

les honoraires à la séance, les paiements de revenu garanti,

les allocations d'encouragement, les indemnités d'éloi-

gement, les paiements sur contrat, les paiements pour

travail supplémentaire et les allocations pour dépenses

indirectes jusqu'à concurrence de 50 p. 100 dans certains

cas.

3) Source: Statistique Canada pour les années civiles de

1972 à 1975.

**Tableau 6(A)**  
Loi sur les soins médicaux

Coût des services assurés par province de 1968-1969 à 1975-1976

Coûts estimatifs utilisés pour le calcul des versements anticipés.

Province	1968	1971-1972	1972-1973	1973-1974	1974-1975	1975-1976	Total
à							
Terre-Neuve	44 106 695	17 017 000	19 200 000	22 860 000	27 563 000	130 746	130 746
Ile-du-Prince-Édouard	4 581 410	4 463 800	4 814 000	5 440 000	6 680 000	25 979	25 979
Nouvelle-Écosse	87 443 132	35 668 000	40 235 000	43 572 000	54 402 000	261 320	261 320
Nouveau-Brunswick	26 876 051	22 493 930	26 479 000	32 903 384	33 504 080	142 256	142 256
Québec	1 033 291 256	338 439 708	365 301 000	410 628 000	483 327 000	2 015 831	2 015 831
Ontario	149 266 477	58 227 000	51 900 000	60 825 000	64 931 000	385 149	385 149
Manitoba	126 208 281	46 259 000	46 629 586	48 938 450	58 215 390	326 250	326 250
Saskatchewan	214 451 976	95 368 444	99 875 900	104 650 212	123 596 000	637 942	637 942
Colombie-Britannique	411 095 230	147 200 456	160 607 748	185 948 631	204 598 180	1 109 450	1 109 450
Yukon	—	1 164 240	1 235 000	1 346 684	1 521 129	5 267	5 267
Territoires du Nord-Ouest	1 384 000	1 355 326	1 670 000	2 208 000	2 977 000	9 594	9 594
Total	2 516 840 474	1 308 732 625	1 392 656 647	1 562 029 943	1 793 158 779	8 573 418	8 573 418

Note

Les prévisions comprenaient les coûts des services de laboratoire et de radiologie, transférés au programme d'assurance-hospitalisation et totalisant \$211 060 929. Si ces transferts avaient été signalés lors de la préparation des prévisions, les versements anticipés globaux auraient totalisé 8362 millions de dollars — voir note explicative au Tableau 6(B).



Province	1972-1973			1973-1974			1974-1975			1975-1976		
	Montant	Aug.	%	Montant	Aug.	%	Montant	Aug.	%	Montant	Aug.	%
Le Nouveau Brunswick	17 083 171	8,4		20 432 491	19,6		22 460 791	9,9		26 767 778	19,2	
Le Prince-Édouard	4 595 645	7,0		4 751 482	3,4		5 735 571	20,7		6 392 913	11,5	
Nouvelle-Écosse	36 179 835	9,8		38 849 111	7,4		45 181 051	16,3		55 796 500	23,5	
Manitoba	24 060 926	13,8		26 609 194	10,6		28 997 761	9,0		33 593 189	15,8	
Ontario	338 298 891	11,5		372 119 312	10,0		408 196 747	9,7		469 044 772	14,9	
Québec	531 455 985	10,8		551 164 006	3,7		560 076 828	1,6		614 476 181	9,7	
Alberta	47 166 614	(14,2)*		53 910 308	14,3		58 825 273	9,1		64 154 128	9,1	
Saskatchewan	43 418 094	8,5		45 169 019	4,0		50 382 091	11,5		57 665 520	14,5	
Colombie-Britannique	142 763 467	7,8		162 757 882	14,0		172 387 328	5,9		220 875 787	28,1	
Île du Nord-Ouest	1 618 955	21,8		1 666 563	3,0		2 496 689	49,8		2 736 679	9,6	
Canada	1 280 363 649	9,2		1 372 941 490	7,2		1 463 045 730	6,6		1 677 766 606	14,7	

cours de l'année financière 1974-1975, trois provinces ont  
 stéfé certains coûts du programme des soins médicaux au  
 ramme d'assurance-hospitalisation. Si ces transferts  
 aient pas été effectués, l'augmentation des coûts aurait été  
 4,3 pour cent.

#### Jean 4 sur les soins médicaux

ts par habitant des services assurés, par province et contributions, en pourcentage, du Canada pour les années  
 financières 1972-1973 à 1975-1976

Province	1972-1973			1973-1974			1974-1975			1975-1976		
	Coût par habitant	Aug.	%	Coût par habitant	Aug.	%	Coût par habitant	Aug.	%	Coût par habitant	Aug.	%
Le Nouveau Brunswick	31,99	6,6	91,5	37,98	18,7	81,5	41,36	8,9	78,5	48,49	17,2	75,6
Le Prince-Édouard	40,67	5,1	72,0	41,68	2,5	74,3	49,44	18,6	65,6	54,18	9,6	67,7
Nouvelle-Écosse	46,21	8,9	63,4	48,99	6,0	63,2	56,27	14,9	57,7	68,55	21,8	53,5
Manitoba	37,60	12,4	77,9	41,00	9,0	75,5	43,80	6,8	74,1	49,69	13,4	73,8
Québec	55,98	11,2	52,3	61,17	9,3	50,6	66,50	8,7	48,8	75,75	13,9	48,4
Alberta	67,90	7,4	43,1	69,27	2,0	44,7	69,04	(0,3)*	47,0	74,57	8,0	49,2
Saskatchewan	46,48	(14,6)*	63,0	52,65	13,3	58,8	57,41	9,0	56,5	62,12	8,2	59,0
Colombie-Britannique	55,19	4,7	53,0	54,96	(0,8)*	56,3	61,04	11,1	53,2	68,98	13,0	53,1
Île du Nord-Ouest	43,76	48,9	66,9	45,04	2,9	68,7	67,48	49,8	48,1	72,78	7,9	50,4
Canada	58,54	7,2	50,0	61,92	5,8	50,0	64,92	4,8	50,0	73,31	12,9	50,0

**Tableau 1**  
**Loi sur les soins médicaux**

Paiements du Canada aux provinces pour les années financières 1972-1973 à 1975-1976

Province	1972-1973				1973-1974				1974-1975				1975-1976			
	Total des paiements	Aug.	%	\$	Total des paiements	Aug.	%	\$	Total des paiements	Aug.	%	\$	Total des paiements	Aug.	%	\$
Terre-Neuve	15 281 666	6,5		16 710 475	9,3			18 343 926	9,8			19 034 375	9,8			
Ile-du-Prince-Édouard	3 206 254	10,7		3 546 626	10,6			3 949 492	11,4			4 104 016	11,4			
Nouvelle-Écosse	22 554 471	9,2		24 832 203	10,1			27 208 443	9,6			28 276 977	9,6			
Nouveau-Brunswick	18 489 093	14,4		20 064 192	8,5			22 390 137	11,6			23 531 870	11,8			
Québec	175 221 131	9,6		185 385 531	5,8			207 172 463	11,8			215 650 460	11,8			
Ontario	224 975 035	10,4		243 340 637	8,2			275 166 761	13,1			287 661 054	13,1			
Manitoba	30 181 063	9,8		31 184 584	3,3			34 932 708	12,0			35 701 475	12,0			
Saskatchewan	26 626 745	4,8		27 712 194	4,1			30 626 697	10,5			32 092 321	10,5			
Alberta	48 004 034	6,6		52 700 268	9,8			59 424 306	12,8			61 362 840	12,8			
Colombie-Britannique	64 710 196	7,8		70 696 637	9,3			81 541 066	15,3			86 368 370	15,3			
Yukon	486 000	—		637 783	3,2			678 009	6,3			695 501	6,3			
Territoires du Nord-Ouest	1 067 338	16,7		1 135 894	6,4			1 255 937	10,6			1 276 606	10,6			
Canada	630 803 026	9,4		677 947 024	7,5			762 689 945	12,5			795 755 865	12,5			

Note

Les paiements effectués dans une année financière particulière par le gouvernement fédéral consistent en :

(a) des avances égales à 90% de l'estimation des contributions calculées avant le commencement de l'année financière;

(b) une avance égale à 50% de l'estimation du redressement de paiement final pour l'année financière antérieure et calculée au moyen des rapports non vérifiés sur le coût réel de chaque province;

(c) le paiement du redressement final pour l'année financière antérieure égal à la différence entre les contributions réelles telles qu'elles sont calculées selon les rapports vérifiés et les montants versés antérieurement.

**Tableau 2**

**Loi sur les soins médicaux**

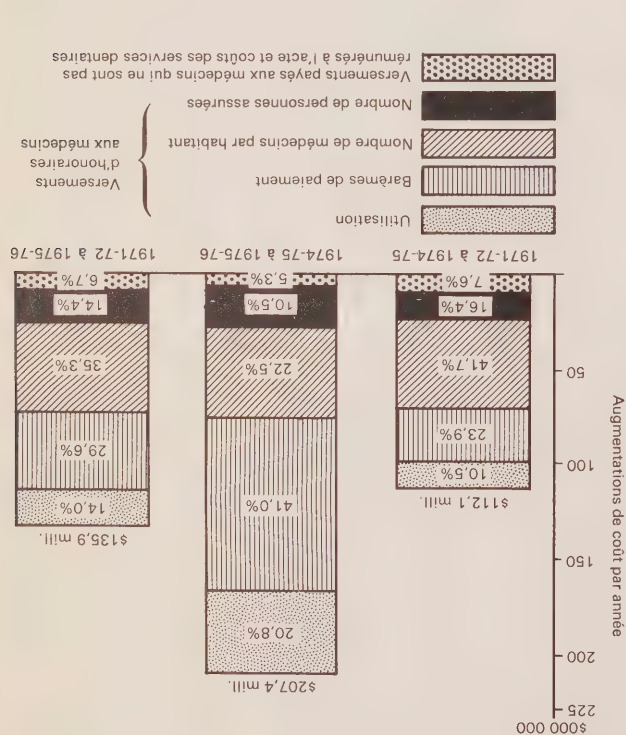
Contributions du Canada aux provinces pour les années financières 1972-1973 à 1975-1976

Province	1972-1973				1973-1974				1974-1975				1975-1976			
	Montant	Aug.	%	\$	Montant	Aug.	%	\$	Montant	Aug.	%	\$	Montant	Aug.	%	\$
Terre-Neuve	15 631 675	9,0		16 656 726	6,6			17 625 575	5,8			20 233 063	5,8			
Ile-du-Prince-Édouard	3 307 826	9,1		3 529 492	6,7			3 765 316	6,7			4 325 184	6,7			
Nouvelle-Écosse	22 920 603	8,2		24 551 643	7,1			26 065 077	6,2			29 836 437	6,2			
Nouveau-Brunswick	18 734 592	8,6		20 093 337	7,3			21 488 270	6,9			24 778 171	6,9			
Québec	176 895 531	7,5		188 332 463	6,5			199 237 160	5,8			226 962 181	5,8			
Ontario	229 123 037	10,6		246 352 361	7,5			263 312 454	6,9			302 029 775	6,9			
Manitoba	29 707 384	7,7		31 703 508	6,7			33 258 875	4,9			37 854 960	4,9			
Saskatchewan	26 857 794	5,9		28 189 497	5,0			29 890 021	6,0			34 349 216	6,0			
Alberta	49 324 668	10,0		53 159 106	7,8			56 873 640	7,0			66 274 276	7,0			
Colombie-Britannique	66 039 437	10,3		72 137 866	9,2			78 162 770	8,4			90 095 775	8,4			
Yukon	556 183	—		619 209	11,3			642 701	3,9			766 071	3,9			
Territoires du Nord-Ouest	1 083 094	13,3		1 145 537	5,8			1 201 006	4,8			1 378 194	4,8			
Canada	640 181 824	9,2		686 470 745	7,2			731 522 865	6,6			838 883 303	6,6			

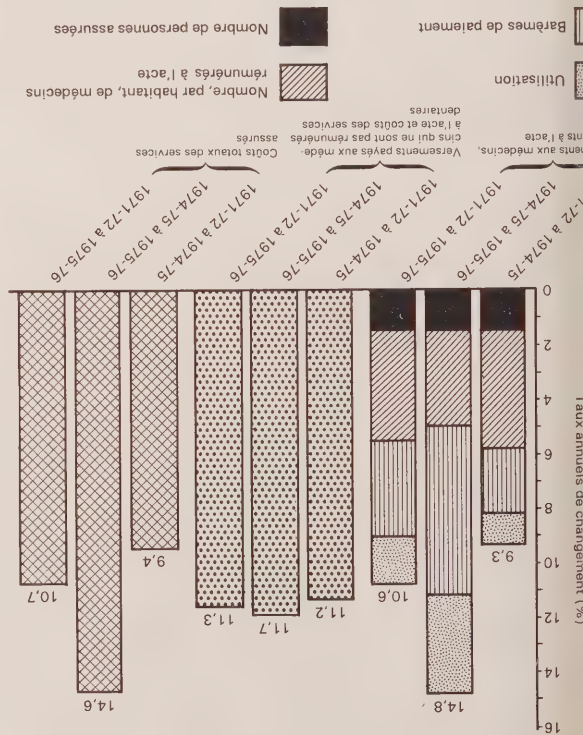
Note

La contribution fédérale est le montant payable aux provinces en vertu de la Loi sur les soins médicaux en ce qui a trait au coût des services assurés. La contribution fédérale totale ayant trait à une année financière est payée sur une période s'étendant sur deux années financières.

**Figure 2:** Augmentation en pourcentage du coût redressé du programme, par catégorie de versement et facteur de coût, au Canada, pour certaines périodes, 1971-1972 à 1975-1976



**Figure 1:** Moyens des changements survenus dans les coûts redressés du programme, par catégorie de versement et facteur de coût, au Canada, pour certaines périodes, 1971-1972 à 1975-1976



On voit, à la figure 1, les augmentations de coûts des changements survenus aux facteurs de coût pendant trois périodes suivantes: 1971-1972 à 1974-1975, 1974-1975 à 1975-1976 et 1971-1972 à 1975-1976. Les augmentations de coûts des versements payés aux médecins ont été passablement constantes pendant les périodes. D'un autre côté, l'augmentation des versements pour honoraires de médecins (paiements à l'acte) est passablement plus élevée en 1975-1976 que dans les années financières précédentes, en raison surtout d'augmentations quelque peu plus importantes enregistrées dans les barèmes de paiement des régimes provinciaux d'assurance-maladie et dans l'utilisation des services. Le leur utilisation traduit les changements survenus dans les versements d'honoraires pour des raisons autres que la croissance de la population assurée, les augmentations du nombre par habitant de médecins recevant honoraires et les augmentations des barèmes de paiement. Les changements d'utilisation peuvent être attribués aux changements dans la répartition urbaine-rurale et le sexe des personnes assurées, aux changements dans la répartition géographique des médecins et de spécialité, aux changements technologiques et aux changements dans le profil de pratique.

À la figure 2, on voit l'influence, sur le coût du programme, des principaux types de versements et les facteurs de coût. En 1975-1976, la valeur des révisions des barèmes de paiement s'élevait à \$85 millions, soit 41 p. 100 de l'augmentation totale des coûts du programme. En supposant que les augmentations du nombre de médecins par habitant, rémunérés à l'acte ont tendance à provoquer des changements à peu près semblables dans les coûts par habitant, la croissance du nombre de médecins au Canada aurait été la cause d'environ \$46 millions ou 22,5 p. 100 de l'augmentation totale des coûts du programme en 1975-1976. La valeur en dollar des changements d'utilisation et des augmentations du nombre de personnes assurées s'élevait à environ \$43 millions (20,8 p. 100) et \$22 millions (10,5 p. 100) respectivement en 1975-1976.



Des échanges de renseignements et de points de vue se sont maintenus avec les hauts fonctionnaires provinciaux et les représentants de gouvernements étrangers qu'intéresse le domaine de l'assurance-santé. En juin 1975, le Directeur général de l'assurance-santé et des ressources sanitaires a visité l'Australie, à la demande du gouvernement de ce pays qui s'apprête à mettre en oeuvre «Medibank» le régime national australien d'assurance-santé, et a fait part de l'expérience canadienne en matière d'assurance-santé. Le Directeur général a également visité la Nouvelle-Zélande et s'est entretenu avec les hauts fonctionnaires de ce pays. L'intérêt qu'on porte, à l'échelle internationale, à l'expérience canadienne dans le domaine de l'assurance-santé continue de se manifester par le nombre important de demandes de renseignements reçues et le nombre de délégations et de visiteurs d'autres pays, en visite à Ottawa pour discuter différents aspects du programme.

## Antécédents financiers

### Coûts et contributions

Les prévisions budgétaires pour l'année financière 1975-1976 étaient de \$1793 millions et les coûts réels de \$1678 millions. Une grande partie de cette réduction est attribuable au transfert des coûts de laboratoire et de radiologie du programme de soins médicaux au programme d'assurance-hospitalisation et de services diagnostiques dont on trouvera les détails aux tableaux 3 et 6B. La cédule des transferts de coûts et les montants imputés étaient inconnus lors de la préparation des prévisions.

Pendant l'année financière 1975-1976, les versements fédéraux aux provinces et aux territoires, aux termes de la Loi sur les soins médicaux, s'élevaient à \$795 755 865 dont \$767 147 400 en versements anticipés sur les coûts de 1975-1976 et \$28 608 465 pour deux versements de redressement pour 1974-1975.

Les tableaux 6A et 6B donnent les évaluations et les coûts réels, par province, à partir du moment où elles se sont jointes au programme. On remarquera que les coûts totaux, prévus pour la période de huit ans, étaient de \$3573 millions alors que les coûts engagés étaient de \$8260 millions. Toutefois, plus de \$211 millions de la différence de \$313 millions, étaient attribuables aux coûts de laboratoire et de radiologie qui ont été transférés par plusieurs provinces du programme de soins médicaux au programme d'assurance-hospitalisation et de services diagnostiques.

Les coûts estimatifs, qui sont préparés en prévision de chaque année du régime, tiennent compte de facteurs tels que les changements survenus dans la population assurée, l'utilisation des services assurés et les délais moyens entre la date où le service a été rendu et celle où les demandes de paiements ont été présentées et payées. En outre, il est tenu compte des changements prévus dans les taux de traitement (exemple: honoraires professionnels) et des transferts effectués entre les programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation.

### Analyse des variations dans les coûts

Tel qu'indiqué au tableau 5, de 1971-1972 à 1975-1976, les coûts totaux se sont accrus de 9,3 p. 100, 7,2 p. 100, 6,6 p. 100, et 14,7 p. 100 respectivement, ou ont changé au taux annuel moyen de 9,4 p. 100. Les augmentations de coût par habitant ont atteint en moyenne un peu plus de 7,6 p. 100 par année pendant la même période. Pour diverses raisons (exemple: le transfert de

Certains coûts de laboratoire et de radiologie du programme de soins médicaux au programme d'assurance-hospitalisation) les changements susmentionnés, survenus d'année en année, ne sont pas comparables et ne donnent pas une idée juste des changements de coûts des services assurés subis par les régimes provinciaux d'assurance-maladie.

Les comparaisons suivantes sont toutes fondées sur des données qui ont été normalisées afin d'améliorer les possibilités de comparaison d'année en année. Les redressements comprennent la normalisation de certains comptes de personnes assurées, de même que les changements apportés aux chiffres de coût contre-balancés les effets de facteurs tels que les transferts susmentionnés de certains coûts de laboratoire et de radiologie et les changements, avec effet rétroactif, apportés aux versements. On a également pris en ligne de compte les augmentations ou réductions importantes dans l'inventaire des demandes de paiement, c'est-à-dire dans les changements survenus, année après année, dans la valeur prévue des services rendus, mais non payés, à la fin d'une année financière.

Le coût total redressé et les coûts du programme par habitant se sont accrus aux taux annuels de 10,7 p. 100, 8,9 p. 100, respectivement, de 1971-1972 à 1975-1976. Les augmentations annuelles moyennes des versements au chapitre des honoraires de médecins (paiement à l'acte) étaient de 10,6 p. 100, tandis que les versements payés aux médecins qui ne sont pas rémunérés à l'acte et ceux aux médecins dentaires assurés ont enregistré une hausse de 1,3 p. 100 par année. En 1971-1972, les versements présentés étaient 93,8 p. 100 de tous les versements et, en 1975-1976, 93,6 pour cent.



## Activités choisies

Le Comité consultatif fédéral-provincial sur l'assurance-santé s'est réuni deux fois cette année. Le mandat de ce comité, formé des dirigeants de tous les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation ainsi que de représentants du gouvernement fédéral, est :

- de collaborer sur toutes les questions concernant l'application de la loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, les Accords et les Réglements en découlant, et la Loi sur les soins médicaux; et,
- de conseiller les ministres de la Santé, par le truchement de la conférence des sous-ministres, sur toutes les autres questions liées à l'élaboration de l'organisation et à l'administration des programmes de santé assurable.

Les 29 et 30 septembre 1975, les directeurs

medicau des régimes d'assurance-maladie ont tenu une réunion mixte avec les membres du sous-comité de la qualité des soins et de la recherche, qui s'intéressent surtout aux programmes relatifs à l'administration de l'assurance-hospitalisation. Les questions qui préoccupent particulièrement les autorités médicales et qui ont été discutées à ces réunions comprennent le paiement des services médicaux rendus à l'extérieur de la province; l'assurance-maladie pour les visiteurs venant au Canada; l'acupuncture; la codification diagnostique unifiée; l'évaluation médicale; les progrès de l'étude sur les besoins en main-d'œuvre médicale; la pénurie de postes d'internes vacants au Canada; les stimulateurs cardiaques nucléaires et la récupération des implants; le programme de rédaction des normes sanitaires de l'Association canadienne de normalisation; les services de podiatres et le programme récemment mis sur pied de lutte contre l'influenza.

Au cours de l'année, le Groupe de travail sur la codification diagnostique unifor me a présenté sept recommandations, proposant d'autres recherches qui pourraient être entreprises dans le domaine pour améliorer l'exactitude du diagnostic des affections cliniques, des symptômes et des problèmes au niveau de la médecine clinique. Ces recommandations ont été approuvées par le Comité consultatif sur l'assurance-santé. Dans différentes régions du pays, on a travaillé, au cours de l'année, à l'application des propositions du Groupe de travail.

Le groupe de travail sur l'évaluation médicale a demandé et obtenu la permission du Comité consultatif de mener une enquête sur un certain nombre de domaines liés aux activités de l'évaluation médicale en général. On a continué de fournir au cours de l'année, aux régimes provinciaux d'assurance-maladie et aux associations provinciales médicales, des données sur les gains et les dépenses des médecins. Des études analogues ont aussi été poursuivies, à la demande des provinces, sur d'autres catégories de spécialistes de la santé. On poursuit de plus une étude permanente, à la demande de l'Association médicale canadienne, sur la moyenne estimative de la vie professionnelle des médecins de différentes catégories. Les renseignements obtenus aident à déterminer les tarifs différents appropriés. La Direction générale des programmes de la santé a aussi entrepris des analyses comparatives poussées sur l'utilisation des régimes provinciaux d'assurance-maladie et des coûts engagés.

La Direction de l'assurance-santé et des ressources humaines, (autrefois Direction de l'assurance-santé), division de la Direction générale des programmes de santé, administre les deux programmes d'assurance-nationaux: l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, et les soins médicaux. Une gestion étroite n'est pas appliquée, seulement au niveau des deux programmes, mais également avec la Direction des professionnels de la santé et la Direction des normes sanitaires, rattachées à la Direction générale des programmes de la santé. L'aide de sa Division de l'assurance-santé et des sources sanitaires, est responsable de l'administration de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, de la Loi sur les soins médicaux, de la Loi la Caisse d'aide à la santé et du Programme de formation professionnelle. La Direction générale, de plus, aide et fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services sanitaires et les sujets connexes et administre le programme de recherche. La Direction générale élabore et encourage l'utilisation de normes-guides canadiens dans le domaine de la santé.

**Formule de calcul des contributions fédérales**

Le montant des contributions fédérales aux provinces est calculé à l'aide d'une formule prévue par la Loi sur les soins médicaux. Cette formule a été établie de façon à fournir une aide fédérale plus importante aux provinces dont le coût, par habitant, des soins médicaux est plus élevé et à accorder une contribution fédérale plus faible aux provinces, compte tenu des variations considérables du coût par habitant entre les provinces.

La contribution fédérale annuelle, versée à chaque province participante, est égale à 50 p. 100 du coût annuel par habitant de tous les services assurés par le programme national et fournis en vertu des régimes d'assurance-maladie des provinces participantes. La somme annuelle déterminée pour chaque assure est multipliée par le nom- bre d'assurés dans la province. Le coût annuel par habitant total au coût global de ces services qui est supporté par aucune des provinces participantes, divisé par le nombre d'assurés de chacune de ces provinces.

Étant donné que la contribution fédérale est calculée sur une base annuelle, la Loi sur les soins médicaux prévoit le paiement d'avances à titre de contributions, de façon que les provinces ne soient pas tenues d'attendre le remboursement des montants qu'elles doivent verser aux fédérations sur une base permanente. En vue d'activer le paiement des avances et, en même temps, de prévenir un double redressement financier important à la fin de chaque année financière, la formule utilisée pour le calcul d'avances prévoit une retenue pouvant aller jusqu'à 100 p. 100 du montant dû à la province. La formule de calcul des avances diffère donc de la formule de calcul de contribution annuelle, en ce que 45 p. 100 des coûts nationaux estimatifs par habitant sont utilisés pour déterminer les avances à verser aux provinces.

Sur réception des rapports finaux de toutes les provinces participantes, on verse aux provinces les derniers 100 p. 100 du coût national par habitant, multipliés par le nombre d'assurés dans la province concernée, après rectification, en plus ou en moins, par rapport aux coûts réels. Les rapports finaux doivent être dûment signés par les autorités provinciales compétentes, certifiés par les vérificateurs provinciaux, et vérifiés par les agents fédéraux.

Les dates d'entrée en vigueur des régimes provin-

ciaux sont les suivantes:

1 <sup>er</sup> avril 1969	Terre-Neuve
1 <sup>er</sup> décembre 1970	Ile-du-Prince-Édouard
1 <sup>er</sup> avril 1969	Nouvelle-Écosse
1 <sup>er</sup> janvier 1971	Nouveau-Brunswick
1 <sup>er</sup> novembre 1970	Québec
1 <sup>er</sup> octobre 1969	Ontario
1 <sup>er</sup> avril 1969	Manitoba
1 <sup>er</sup> juillet 1968	Saskatchewan
1 <sup>er</sup> juillet 1969	Alberta
1 <sup>er</sup> juillet 1968	Colombie-Britannique
1 <sup>er</sup> avril 1972	Yukon
1 <sup>er</sup> avril 1971	Territoires du Nord-Ouest

C'est la quatrième année financière où les régimes d'assurance-maladie sont en vigueur dans toutes les sphères de compétence. Les régimes provinciaux sont appliqués depuis cinq ans au moins et, dans la plupart des cas, depuis six ou sept ans.

## Changements récents

Au niveau fédéral, la modification législative la plus importante a été la présentation du Projet de loi C-68, 1975. Le projet de loi, y compris les modifications subsé-

quentes, comportait les mesures suivantes:

- fixer un plafond au taux d'augmentation des contributions fédérales pour l'année financière 1976-1977 et 1977-1978, en tenant compte d'un facteur de croissance démographique nationale prévu de 1,5 p. 100, le taux d'augmentation des coûts bruts sera d'environ 14,5 p. 100 en 1976-1977 et 12 p. 100 en 1977-1978;

- donner au gouvernement fédéral les pouvoirs de fixer des plafonds pour les années suivantes, sous condition d'une révision parlementaire;
- fournir des coûts nationaux, par habitant, distincts pour chaque catégorie de nouveaux services assurés, si et lorsque ces catégories sont comprises dans le programme national; et

- prévoir une exemption des plafonds de 36 mois pour les nouveaux services assurés, à partir de la date à laquelle ils sont considérés comme des services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux.

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements dans les différents régimes provinciaux s'est poursuivie et aucune difficulté importante n'a été rencontrée. Au cours de l'année financière 1975-1976, les provinces ont adopté les lois suivantes relatives à leurs régimes d'assurance-maladie:

## Ontario

The Health Insurance Amendment Act 1975

«Loi modifiant la Loi sur l'assurance-maladie» — le

8 juillet 1975

## Québec

Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie — le

9 décembre 1975

Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie — le

19 décembre 1975

Les changements qui ont été apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont, entre autres, les suivants:

En Saskatchewan, un programme de médicaments de prescription sans prime est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 1975, sur une base presque universelle. En vertu

de ce régime, les résidents assurés admissibles qui sont couverts par les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation de la province peuvent recevoir médicaments de prescription qui sont inscrits dans un registre gouvernemental. Le bénéficiaire n'a rien à payer directement, sauf des frais d'ordonnance uniformes payables au pharmacien.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1976, au Québec, la loi p voyant au financement des programmes de santé fixe la contribution d'un particulier à 1,5% de son revenu net l'année, jusqu'à concurrence de \$235 pour le salaire é que doit verser le particulier ne peut réduire son revenu net à un montant qui soit inférieur à \$5600 ou \$3700 qu'il s'agisse d'une personne mariée ou d'une personne seule. La contribution de l'employeur est fixée à 1,5% et versée à un employé. De plus, tous les résidents sont maintenant couverts par un programme qui comprend l'achat, l'ajustement, le remplacement ou la réparation des prothèses, des appareils orthopédiques ou autre diminés par règlement, qui suppléent à une déficience ou une difformité physique et qui sont fournis aux conditions prescrites.

Au Nouveau-Brunswick, à partir de 1976, les soins non urgents reçus à l'extérieur de la province, dans certaines régions limitrophes, nécessiteront normalement une approbation pour l'hospitalisation ou pour la prestation d'assurance-maladie s'il n'y a pas eu hospitalisation. Toutefois, en plus des avantages du programme national, la province a introduit un programme d'assurance-médicaments pour les résidents assurés de plus de 65 ans et pour les personnes atteintes de fibrose kystique. Les personnes qui y ont droit reçoivent une carte d'identification du Programme d'assurance-médicaments et seules services rendus au Nouveau-Brunswick sont admissibles. L'annexe contient un tableau récapitulatif des régimes d'assurance-maladie provinciaux et des régimes complémentaires d'assurance-hospitalisation, au 1<sup>er</sup> janvier 1976. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements sont sujets à changement. La description de tous les régimes d'assurance-maladie provinciaux a été publiée dans les rapports annuels précédents et on peut obtenir sur demande, une version à jour de ces descriptions et s'adressant au Directeur général, Assurance-santé et sources sanitaires. Direction générale des programmes de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

## Programme de soins médicaux — Administration

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tout résident canadien l'accès aux soins médicaux nécessaires, selon un régime contributif, et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour le rendre plus efficace le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentes:

1. application de la Loi sur les soins médicaux; dispensation aux provinces de services consultatifs d'assurance-maladie; sur les divers aspects des régimes provinciaux d'assurance-maladie;
2. conduite d'études et dispensation de services consultatifs d'ordre technique et professionnel aux provinces et aux organismes intéressés sur la planification, la distribution et l'utilisation des services médicaux.



**port annuel** du ministre de la Santé nationale et  
bien-être social sur l'application de la

**sur les soins médicaux** pour l'année financière se  
terminant le 31 mars 1976

Ce rapport, établi conformément à l'article 9  
de la Loi sur les soins médicaux, est le huitième qui est  
présenté au Parlement. Le sujet porte sur la gestion  
de l'année financière se terminant le 31 mars 1976.

## **critique du programme**

La Loi sur les soins médicaux (chapitre M-8,

C. 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre

1964, la loi établissant le programme de subventions aux termes duquel le gou-

vernement fédéral a le pouvoir d'accorder une aide

financière aux provinces qui appliquent un régime d'assu-

rance-maladie selon certains critères minimaux. Ces

provinces ont incorporées dans la loi et obligent les régimes

provinciaux à offrir les caractéristiques suivantes:

**1. La garantie tous risques:** elle couvre tous les

services nécessaires dispensés par un médecin ou

par un chirurgien. Cette règle n'admet aucune

franchise ou exclusion, à moins que les services

ne s'imposent pas du point de vue médical. La

garantie sera telle que l'assuré recevant les soins

nécessaires ne souffrira d'aucune exclusion sur

le plan financier. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1968, certains

services dentaires dispensés dans les hôpitaux

par des chirurgiens-dentistes sont assimilés aux

autres prestations.

**2. L'universalité du champ d'application:** l'assu-

rance est accessible à tous les résidents admis-

sibles de la province participante, à des conditions

uniformes. De plus, elle couvre au moins 95

p. 100 de la population admissible. Cela permet

d'assurer tous les résidents et d'éviter les dis-

criminations financières pour raison de santé,

d'âge, de non-appartenance à un groupe ou pour

tout autre motif. En outre, l'autorité provinciale

peut subventionner, en totalité ou en partie, les

primes des personnes de certains groupes d'âges

ou à faible revenu, à condition que le régime

soit financé par un système de primes et que tous

les résidents admissibles soient traités de la

même façon.

**3. La transférabilité des prestations:** le bénéfi-

ciaire qui s'absente temporairement de sa province

ou qui déménage dans une autre province parti-

cipante peut bénéficier de cette disposition. L'assu-

rance n'est pas liée à une assurance collective

par groupes professionnels et, par conséquent, le

changement d'emploi ou de domicile n'entraîne

aucune suspension de la garantie.

**4. L'administration sur une base non lucrative:**

elle doit relever d'un organisme public respon-

sable de ses transactions financières devant le

gouvernement provincial.

Les contributions fédérales aux pro-

grammes de subventions sont payables depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1968

et sont fondées sur la moitié du coût national, par

tant, des services assurés par le programme national,

multiplié par le nombre de personnes assurées dans

la province. Sont exclus de la population assurable

les membres des Forces armées canadiennes, les membres

de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes

purgeant une peine d'emprisonnement dans un péniten-

tier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénit-

enciers. Le nombre des personnes exclues représente

environ 0,5 p. 100 de la population globale.

Les résidents assurables d'une province partici-

pante qui sont admissibles et ont droit aux services assurés

en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de

toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des acci-

dents du travail, ne sont pas admissibles aux prestations

en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les

anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en

vertu d'autres lois fédérales sont exclus des prestations

prévues par la Loi sur les soins médicaux pour tout ce qui

se rapporte à une invalidité donnant droit à une indem-

nité. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique

Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils

Loi concernant l'indemnisation des employés de l'Etat

Loi sur l'indemnisation des marins marchands

Loi sur la défense nationale

Loi sur les pensions

Loi sur la Gendarmerie royale du Canada

Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie

royale du Canada

Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale

du Canada

Loi sur la réadaptation des anciens combattants.

En 1975-1976, des 22,8 millions de résidents

canadiens qui sont admissibles aux services assurés du

programme d'assurance de soins médicaux par l'entremise

des différents régimes provinciaux, presque tous sont

assurés.

Dans la plupart des provinces, les résidents admis-

sibles sont automatiquement couverts. En Ontario, lors-

qu'il y a 15 personnes ou plus inscrites aux listes de paye,

les employés doivent être couverts obligatoirement mais

l'assurance est facultative pour le reste de la population. En

Alberta, les personnes peuvent se retirer du régime à la

fin de chaque année; lorsqu'elles agissent ainsi elles

doivent renoncer et au régime provincial d'assurance-

hospitalisation et au régime provincial d'assurance-

maladie. Pendant l'année financière, le nombre de per-

sonnes ayant renoncé aux avantages de ces régimes en

Alberta s'élevait approximativement à 400, sur une popu-

lation nette totale de 1,8 million.







port annuel

**Soins médicaux**

Santé et Bien-être social  
Health and Welfare  
Canada



A1  
W  
-A554



Health and Welfare  
Canada

Santé et Bien-être  
Canada

# Medical Care

Annual Report





His Excellency the Right Honourable Jules Léger,  
Governor General and Commander-in-Chief of Canada.

MAY IT PLEASE YOUR EXCELLENCY:

The undersigned has the honour to present to Your  
Excellency the Annual Report respecting operations of  
the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31,  
1977.

Respectfully submitted,

Monique Bégin,  
Minister of National Health and Welfare.





**Annual Report** of the Minister of National Health and Welfare respecting operations of the **Medical Care Act** for the fiscal year ended March 31, 1977

This is the ninth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act and related to operations for the fiscal year ended March 31, 1977.

### Program Description

The Medical Care Act (chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act established a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make a financial contribution to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

- 1. Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.
- 2. Uninhibited access to necessary services.** The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.
- 3. Universal availability** to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five per cent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low income groups is permitted if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally.
- 4. Portability of benefits** when the beneficiary is temporarily absent from his own province and when he is moving from one participating province to another. Eligibility as a beneficiary is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs or residence.
- 5. Administration on a non-profit basis** by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968 and are

based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. Excluded from the insurable population of a province are members of the Canadian Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. The exclusions amount to less than 0.5 per cent of the total population. This fiscal year, for the first time, federal financial contributions were subject to ceilings arising out of an amendment to the Medical Care Act assented to on July 16, 1976. However, as a result of an agreement on new federal-provincial fiscal arrangements reached in the last half of this year, this will be the last fiscal year in which federal contributions are based on the national per capita cost for the particular fiscal year. These new arrangements are described later in this report.

Insurable residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to workers' compensation are not entitled to benefits under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act  
Civilian War Pensions and Allowances Act  
Government Employees Compensation Act  
Merchant Seaman Compensation Act  
National Defence Act  
Pension Act  
Royal Canadian Mounted Police Act  
Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act  
Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act  
Veterans Rehabilitation Act

Virtually 100 per cent of the 23 million residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1976-77.

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, while coverage is voluntary for the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. During the fiscal year, the number of opted out persons

Alberta was approximately 400 out of a total net population of 1.9 million. British Columbia has a voluntary n.

The dates of entry of the provincial plans were follows:

foundland	April 1, 1969
nce Edward Island	December 1, 1970
va Scotia	April 1, 1969
w Brunswick	January 1, 1971
bec	November 1, 1970
tario	October 1, 1969
nitoba	April 1, 1969
skatchewan	July 1, 1968
erta	July 1, 1969
ish Columbia	July 1, 1968
on	April 1, 1972
thwest Territories	April 1, 1971

This is the fifth fiscal year in which medical e insurance plans were in effect in all jurisdictions. p provincial plans have been operational for at least six rs and in most instances for seven or eight years.

### Program Changes

During the year there were important changes in nection with federal contributions to the provinces. C-68, an Act to amend the Medical Care Act, was ented to on July 16, 1976. It is described briefly in the 75-76 Annual Report. The amendment continued to tie eral contributions to provincial costs, but limited the a capita contributions for the fiscal year 1976-77 to 3 per cent of the 1975-76 per capita contributions. s ceiling lessened federal contributions to the provinces 54 593 604 or approximately \$0.20 per capita from at they would have been if contributions had been based ly on provincial costs for insured services. As a result ubsequent legislative changes made in connection n new financial arrangements with the provinces (scribed below), the remaining provisions of the ending Act, which relate to ceilings on federal contribu- s for future years, and cost sharing of possible classes ew insured services, have been nullified.

Late in 1976, following several years of negotia- s, the provinces and Canada agreed to new financial angements for medical care and hospital insurance, ong other fiscal matters. This led to the enactment of Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Estab- lished Programs Financing Act, 1977, assented to on ch 31, 1977, containing consequential amendments to Medical Care Act. Commencing April 1, 1977, federal tributions to the established programs of hospital insur- e, medical care and post-secondary education will no ger be directly related to provincial costs, but will take form of a transfer to the provinces of tax room and ociated equalization, and cash payments. The total eral contributions, in general terms, will be based on the ent escalated value of the 1975-76 federal contribu- s for the programs in question. The tax room to be ated by the federal government will permit the provinces ecrease their tax rates so as to collect additional revenue

without necessarily increasing the total tax burden on Canadians. The yield from the new provincial taxes will normally increase faster than the rate of growth of the Gross National Product. The cash payments will be conditional upon the provincial health insurance plans meeting the criteria of the federal health insurance legislation respecting comprehensiveness of insured services, universality, accessibility, portability and public administration. At the outset, the cash payments will approximate the value of the tax room transferred, and be in the form of per capita payments calculated in accordance with the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977. These per capita payments will be escalated yearly in accordance with changes in the Gross National Product, and adjusted gradually over time so that all provinces at the end of five years will be receiving equal per capita cash contributions. Also, under the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, as of April 1, 1977, the federal government will be making additional equal per capita cash contributions yearly to the provinces to contribute towards the cost of certain extended health care services. These services are: nursing home intermediate care, adult residential care, converted mental hospitals, home care (health aspects), and ambulatory health care services. The extended health care services contribution will be \$20 per capita for 1977-78, with subsequent yearly escalation in the same manner as the basic cash contributions of established program financing.

The new established programs financing arrangements will provide the provinces with more money than they would have received under the previous arrangements and will provide for greater equality among the provinces in what they receive from the federal government. These new arrangements will also provide them with greater flexibility in the use of their own funds while safeguarding the national standards contained in the Medical Care Act.

### Selected Changes in Provincial Plans

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans has been continued and no significant difficulties encountered.

Changes in provincial plans during the fiscal year included the following:

- The three premium provinces — British Columbia, Alberta and Ontario — each raised their premium rates. In British Columbia the premium for the province's Medical Services Plan changed, effective July 1, 1976, from \$5.00 to \$7.50 monthly for single persons, from \$10.00 to \$15.00 monthly for two persons and from \$12.50 to \$18.75 for a family of three or more. Alberta raised its premium for basic health services and insured hospital services, effective April 1, 1976, from \$5.75 to \$6.40 monthly for single persons and from \$11.50 to \$12.80 monthly for registrants with one or more dependents. The premium rates for the combined medical care and hospital insurance plan in Ontario were increased, effective August 1, 1976, from \$11.00 per month to \$16.00 per month for

individuals and from \$22.00 per month to \$32.00 per month for families of two or more persons.

- Increases in the schedules of payments to medical practitioners were implemented in all provinces and territories. As with remuneration increases in other sectors of the economy, these revisions were subject to the purview and criteria of the anti-inflation program.
- In Newfoundland, regulations under the Medical Care Insurance Act were amended to permit assessment of beneficiaries for the cost of services which had been paid for by the Newfoundland Medical Care Commission but deemed to be not medically required.

The Appendix contains a tabular summary of the provincial medical care insurance plans and the complementary hospital insurance plans, as of January 1, 1977. It should be noted, however, that this information is subject to change. Detailed descriptions of each provincial medical care insurance plan may be obtained from the Director General, Health Insurance and Resources, Health Programs Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

### **Medical Care Program — Administration**

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all Canadian residents can have access to necessary care on a prepaid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To do this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities.

1. Administration of the Medical Care Act.
2. Provision of advisory services to the provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans.
3. Conducting studies, and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Health Programs Branch, through its Health Insurance and Resources Directorate, is responsible for the administration of the Medical Care Act; and also for the administration of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, the Health Resources Fund Act and the Professional Training Program. The Branch is also responsible for conducting studies and providing advice on health care services and related matters, administration of the National Health Research and Development Program and the development and promotion of health standards and guidelines.

The Health Insurance Supplementary Fund, which is also administered by the Health Insurance and Resources Directorate, provides for the payment of claims for the insured services of the Hospital Insurance and Diagnostic Services and the Medical Care Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own. During 1976-77, payments amounted to \$2 046, leaving a balance of \$21 709 in the Fund.

### **Selected Activities**

The federal-provincial Advisory Committee on Health Insurance met twice during the year. The terms of reference of this committee, which consists of the heads of all provincial and territorial medical care and hospital insurance plans as well as representatives of the federal government, are:

- to collaborate on all matters concerning the administration of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, Agreements and Regulations thereunder, and the Medical Care Act; and
- to advise the Ministers of Health, through the Conference of Deputy Ministers, on matters related to the development, organization and administration of insurable health programs.

Items of particular interest to medical care authorities discussed at these meetings included statistical information on physicians required by the Anti-Inflation Board; medical audit; accreditation of health manpower training programs; acupuncture as an experimental procedure; the proposed ninth revision of the International Classification of Diseases; automatic medical care claim encoding; the use of plastic registration cards for health insurance purposes and the Report of the Requirements Committee of the National Committee on Physician Manpower.

The Working Group on Medical Audit presented a report to the Advisory Committee in May 1976, proposing the formation of two ad hoc committees to formulate inventories of clinical practice and policy guidelines for medical practice. Since the term "medical audit" was considered too restrictive in this context, it was also proposed that the name of the group be changed to the "Steering Committee on Health Care Audit". The report was accepted as information by the Advisory Committee but it was agreed that further work should be suspended until a review of the current federal-provincial advisory committee structure had been completed and the relationships between various standards development bodies within that structure had been clarified.

The provision of data on physicians' earnings and expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations continued during the year. Similar studies of other categories of health professionals were also continued at the request of the provinces. An on-going study of the estimated average working life of different kinds of physicians, undertaken at the request of the Canadian Medical Association, also continued. Information derived from this study is of assistance in determining appropriate fee differentials. In-depth comparative analyses of utilization and cost experience of the provincial medical care insurance plans were also undertaken by the Health Programs Branch.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations and representatives of foreign governments interested in Canadian developments in the field of health insurance. In May 1976, a "Review Body" from Eire



ted the Department and several provinces to obtain  
 eral information on the health services system and to  
 dy the mechanics of physician remuneration in Canada.  
 ernational interest in the Canadian health insurance  
 erience also continued to be reflected in the large  
 mber of written requests for information received by the  
 lth Insurance and Resources Directorate.

### Formula for Federal Contributions

The amount of federal contributions to the  
 vinces is calculated on the basis of formulae contained  
 he Medical Care Act. They were designed to provide  
 ater federal assistance to those provinces in which the  
 capita cost of medical care is lower and to provide  
 equitable federal contributions to the provinces,  
 ng into consideration the wide variation in per capita  
 ts among the provinces.

The per capita cost for a year of all insured  
 vices of the national program is an amount equal to  
 aggregate of the cost of services insured under the  
 onal program that are incurred by all provinces divided  
 he average number of insured persons. The annual  
 eral contribution to each province equals 50 per cent  
 he per capita cost for the year of all insured services  
 he national program furnished under the provincial  
 ts, multiplied by the number of insured persons in the  
 vince. However, the 1976 amendment to the Medical  
 a Act limited the contributions for fiscal year 1976-77  
 13 per cent of the 1975-76 per capita contributions.

Since the federal contributions are calculated on  
 nual basis, the Medical Care Act provides for  
 ances on account of contributions, so that provinces  
 ot need to wait for reimbursement of the amounts  
 ch they are required to pay to doctors on a continuing  
 s. To expedite the payment of advances and, at the  
 e time, to forestall the likelihood of major adjustments  
 r the end of each fiscal year, the formula used for  
 ulation of advance payments provides for a holdback  
 p to ten per cent of the amount due a province.

The remaining balance is paid to the provinces  
 owing receipt of final cost reports from all participating  
 vinces. These final reports must be signed by the  
 ncial authorities, certified by the provincial auditors,  
 reviewed by federal officials.

### Financial Experience

#### Costs and Contributions

The advance estimates for fiscal year 1976-77  
 e \$1 979 million and the actual costs were \$1 921  
 on. Much of this reduction results from lower than  
 mated utilization of medical services.

During the 1976-77 fiscal year, federal payments  
 e provinces and territories under the Medical Care Act  
 led \$1 003 582 951 and consisted of advance pay-  
 ts of \$931 847 048 in respect of 1976-77 contribu-  
 s and two adjustment payments for 1975-76 totalling  
 735 903.

Tables 6A and 6B show the estimates and actual  
 s by province from the time of entry into the program.  
 ll be noted that the total costs as estimated for the

nine-year period were \$10 552 million and the costs as  
 incurred were \$10 180 million.

Estimates of costs, which are prepared in advance  
 of each plan year, take into account such factors as  
 changes in the (insured) population, utilization of insured  
 services, submission and payment of claims. Additionally,  
 allowance is made for anticipated changes in rates of  
 payment (e.g., professional fees) and for transfers  
 between the Medical Care and Hospital Insurance  
 Programs.

### Analysis of Cost Changes\*

Unadjusted aggregate and per capita program  
 costs in the ten provinces increased at the following rates  
 during the period 1971-72 to 1976-77:

	Per Cent Change per Year	
	Aggregate Costs	Per Capita Costs
1971-72 to 1975-76	9.3	7.6
1975-76 to 1976-77	14.5	13.6
1971-72 to 1976-77	10.3	8.8

For a variety of reasons, such as the transfer of  
 certain laboratory and radiology costs from the Medical  
 Care Program to the Hospital Insurance Program, the  
 above-quoted year-to-year changes are not comparable,  
 and do not provide a true picture of the changes in the  
 costs of insured services which were experienced by the  
 provincial medical care insurance plans.

The following comparisons are based upon data  
 which have been partly adjusted to improve their year-to-  
 year comparability. Adjustments comprise normalization  
 of certain insured-person counts, as well as changes made  
 in cost figures to compensate for the effects of such  
 factors as the above-noted transfer of certain laboratory  
 and radiology costs and of retroactive changes in pay-  
 ments. In previous analyses of this type the adjustments  
 for the transfer of laboratory and radiology services were  
 based upon the assumption that the transferred services  
 had never been covered under the provincial medical care  
 insurance plans. Under the federal-provincial financing  
 arrangements which will be in effect from April 1, 1977,  
 the incentive to carry out such transfers will disappear,  
 and it is expected that provinces will again report such  
 payments under the Medical Care Program. Consequently,  
 the following comparisons are based upon the assumption  
 that the transfers to the Hospital Insurance Program had  
 not occurred. Not taken into account in this adjustment are  
 major increases or decreases in claims inventories, i.e.,  
 year-to-year changes in the estimated value of services  
 rendered, but not paid, at the end of a fiscal year:

	Per Cent Change per Year	
	Aggregate Costs	Per Capita Costs
1971-72 to 1975-76	11.8	10.2
1975-76 to 1976-77	13.9	12.5
1971-72 to 1976-77	12.3	10.7

Most provinces have succeeded in reducing their  
 claims inventories over time. Furthermore, towards the  
 end of fiscal year 1976-77, several provinces sharply  
 reduced their claims inventories, and consequently

\*excludes Yukon and Northwest Territories.



increased their plan payments, to maximize federal contributions before the pending changes in federal-provincial financing arrangements came into effect. Accordingly, the above figures have been further adjusted by taking into account such major changes in claims inventories. All the following comparisons are based upon fully adjusted program costs:

	Per Cent Change per Year Aggregate Costs	Per Cent Change per Year Per Capita Costs
1971-72 to 1975-76	11.3	9.7
1975-76 to 1976-77	11.2	9.8
1971-72 to 1976-77	11.3	9.7

Among selected factors contributing to cost changes are payment schedule changes, numbers of physicians, population growth and utilization of services, as well as changes in non-fee payments and costs of insured dental services. Figures 1 and 2 show increases in costs and changes in cost factors during three time periods: 1971-72 to 1975-76; 1975-76 to 1976-77; and 1971-72 to 1976-77.

**Figure 1:**  
Average Annual Rates of Change in Adjusted Program Costs, by Type of Payment and Cost Factor, Canada, Selected Periods, 1971-72 to 1976-77.

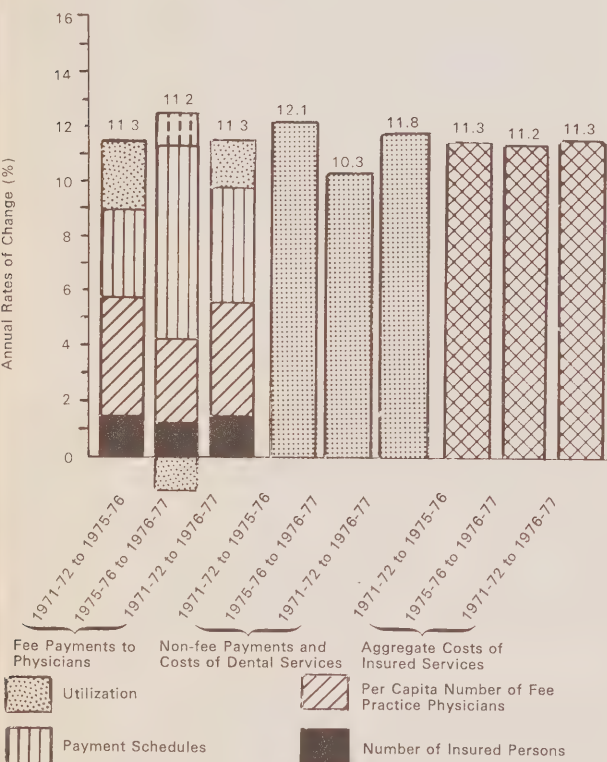


Figure 1 shows annual percentage changes for various cost factors. With respect to aggregate fee payments to physicians, the percentage cost increase in 1976-77 was almost identical to the average annual increases over the preceding four year period. However, payment schedule increases were a much more important

component in the cost increase for 1976-77 than in averaged earlier years. Growth in the per capita number of fee-practice physicians was down considerably while the utilization factor had a negative value in 1976-77. The utilization factor is a residual and reflects changes in fee-payments for reasons other than growth in the insured population, increases in the per capita number of fee-practice physicians, and increases in payment schedules

**Figure 2:**  
Per Cent of Adjusted Program Cost Increases, by Type of Payment and Cost Factor, Canada, Annual Averages for Selected Periods, 1971-72 to 1976-77.

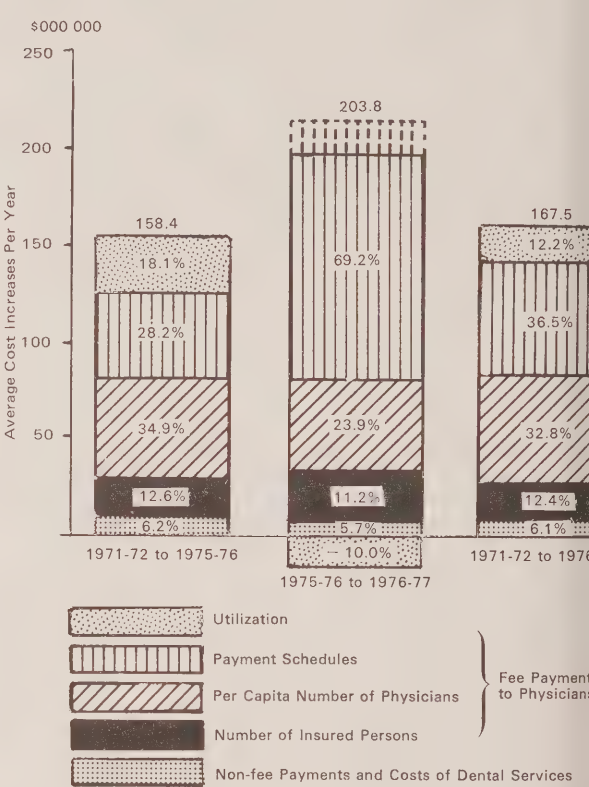


Figure 2 shows the dollar contribution to program cost changes made by the major types of payments and cost factors. In 1976-77, the value of payment schedule revisions amounted to \$141 million, i.e., 69 per cent of the total increase in program costs. Assuming that increases in the per capita number of fee-practice physicians tend to cause similar size changes in per capita costs, the growth in the supply of physicians in Canada is estimated to have contributed about \$49 million or 23.9 per cent of the total increase in program costs in 1976-77. The dollar impact of increases in the number of insured persons amounted to \$23 million, and another \$11 million increase was accounted for by non-fee payments and the cost of dental services. As indicated above, there was a downward movement in utilization of services which had a cost reduction impact amounting to an estimated \$20 million.

**Table 1**  
**Medical Care Act**  
Contributions by Canada to Provinces for the Fiscal Years 1973-74 to 1976-77

Province	1973-1974		1974-1975		1975-1976		1976-1977	
	Amount	Inc.	Amount	Inc.	Amount	Inc.	Amount	Inc.
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Newfoundland	16 656 726	6.6	17 625 575	5.8	20 233 063	14.8	23 111 876	14.2
Prince Edward Island	3 529 492	6.7	3 765 316	6.7	4 325 184	14.9	4 887 458	13.0
Saskatchewan	24 551 643	7.1	26 065 077	6.2	29 836 437	14.5	33 963 688	13.8
New Brunswick	20 093 337	7.3	21 488 270	6.9	24 778 171	15.3	27 999 333	13.0
Quebec	188 332 463	6.5	199 237 160	5.8	226 962 181	13.9	258 413 963	13.9
Ontario	246 352 361	7.5	263 312 454	6.9	302 029 775	14.7	342 784 735	13.5
Manitoba	31 703 508	6.7	33 258 875	4.9	37 854 960	13.8	42 944 598	13.4
Alberta	28 189 497	5.0	29 890 021	6.0	34 349 216	14.9	38 898 778	13.2
British Columbia	53 159 106	7.8	56 873 640	7.0	66 274 276	16.5	78 008 793	17.7
Yukon	72 137 866	9.2	78 162 770	8.4	90 095 775	15.3	102 056 741	13.3
Nunavut	619 209	11.3	642 701	3.9	766 071	19.2	902 937	17.9
Northwest Territories	1 145 537	5.8	1 201 006	4.8	1 378 194	14.8	1 764 455	28.0
Canada	686 470 745	7.2	731 522 865	6.6	838 883 303	14.7	955 737 355	13.9

Note:  
The federal contribution is the amount payable to the provinces under the Medical Care Act with respect to cost of insured services. The total federal contribution with respect to a particular fiscal year is paid over a period of two fiscal years.

**Table 2**  
**Medical Care Act**  
Payments by Canada to Provinces in the Fiscal Years 1973-74 to 1976-77

Province	1973-74	1974-75	1975-76	1976-1977
	\$	\$	\$	\$
Newfoundland	16 710 475	18 343 926	19 034 375	24 148 205
Prince Edward Island	3 546 626	3 949 492	4 104 016	5 177 671
Saskatchewan	24 832 203	27 208 443	28 276 977	35 593 044
New Brunswick	20 064 192	22 390 137	23 531 870	29 746 267
Quebec	185 385 531	207 172 463	215 650 460	270 395 168
Ontario	243 340 637	275 166 761	287 661 054	359 962 821
Manitoba	31 184 584	34 932 708	35 701 475	45 041 515
Alberta	27 712 194	30 626 697	32 092 321	41 881 646
British Columbia	52 700 268	59 424 306	61 362 840	82 336 428
Yukon	70 696 637	81 541 066	86 368 370	106 717 451
Nunavut	637 783	678 009	695 501	930 579
Northwest Territories	1 135 894	1 255 937	1 276 606	1 652 156
Canada	677 947 024	762 689 945	795 755 865	1 003 582 951

Consisting of:

a) Advance payments equal to at least 90% of estimated contributions for the current fiscal year; AND	626 695 200	702 914 400	767 147 400	931 847 048
b) Final adjustment payments with respect to the previous fiscal year	51 251 824	59 775 545	28 608 465	71 735 903
Total Payments	677 947 024	762 689 945	795 755 865	1 003 582 951

**Table 3**  
**Medical Care Act**  
 Cost of Insured Services by Province for the Fiscal Years 1973-74 to 1976-77

Province	1973-1974		1974-1975		1975-1976		1976-1977	
	Amount	Inc.	Amount	Inc.	Amount	Inc.	Amount	Inc.
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Newfoundland	20 432 491	19.6	22 460 791	9.9	26 767 778	19.2	30 571 754	14.4
Prince Edward Island	4 751 482	3.4	5 735 571	20.7	6 392 913	11.5	7 047 586	10.2
Nova Scotia	38 849 111	7.4	45 181 051	16.3	55 796 500	23.5	61 594 610	10.4
New Brunswick	26 609 194	10.6	28 997 761	9.0	33 593 189	15.8	37 235 018	10.8
Quebec	372 119 312	10.0	408 196 747	9.7	469 044 772	14.9	535 645 980	14.2
Ontario	551 164 006	3.7	560 076 828	1.6	614 476 181	9.7	710 748 376	15.7
Manitoba	53 910 308	14.3	58 825 273	9.1	64 154 128	9.1	71 970 866	12.2
Saskatchewan	45 169 019	4.0	50 382 091	11.5	57 665 520	14.5	64 928 542	12.6
Alberta	94 368 031	1.5	106 951 325	13.3	124 724 892	16.6	140 204 142	12.4
British Columbia	162 757 882	14.0	172 387 328	5.9	220 875 787	28.1	256 171 420	16.0
Yukon	1 144 091	10.8	1 354 275	18.4	1 538 267	13.6	1 806 130	17.4
Northwest Territories	1 666 563	3.0	2 496 689	49.8	2 736 679	9.6	2 737 495	0.0
Canada	1 372 941 490	7.2	1 463 045 730	6.6	1 677 766 606	14.7	1 920 661 919	14.5

**Note:**  
 During the fiscal year 1974-75 three provinces transferred certain costs from the Medical Care Program to the Hospital Insurance Program. Had these transfers not taken place the increase in costs would have amounted to 14.3%.

**Table 4**  
**Medical Care Act**  
 Per Capita Costs of Insured Services, Percentage Increases, and Contribution by Canada as Percent of Total Cost of Shareable Services, Canada, by Province, 1973-74 to 1976-77.

Province	1973-1974			1974-1975			1975-1976			1976-1977		
	Per Capita Cost	Inc.	Contri- bution	Per Capita Cost	Inc.	Contri- bution	Per Capita Cost	Inc.	Contri- bution	Per Capita Cost	Inc.	Contri- bution
	\$	%	%	\$	%	%	\$	%	%	\$	%	%
Newfoundland	37.98	18.7	81.5	41.36	8.9	78.5	48.49	17.2	75.6	54.79	13.0	75.6
Prince Edward Island	41.68	2.5	74.3	49.44	18.6	65.6	54.18	9.6	67.7	59.73	10.2	69.3
Nova Scotia	48.99	6.0	63.2	56.27	14.9	57.7	68.55	21.8	53.5	75.12	9.6	55.1
New Brunswick	41.00	9.0	75.5	43.80	6.8	74.1	49.69	13.4	73.8	55.08	10.8	75.2
Quebec	61.17	9.3	50.6	66.50	8.7	48.8	75.75	13.9	48.4	85.85	13.3	48.2
Ontario	69.27	2.0	44.7	69.04	(0.3)	47.0	74.57	8.0	49.2	85.88	15.2	48.2
Manitoba	52.65	13.3	58.8	57.41	9.0	56.5	62.12	8.2	59.0	69.41	11.7	59.7
Saskatchewan	49.61	4.8	62.4	54.71	10.3	59.3	61.53	12.5	59.6	69.14	12.4	59.9
Alberta	54.96	(0.8)	56.3	61.04	11.1	53.2	68.98	13.0	53.1	74.44	7.9	55.6
British Columbia	69.85	10.4	44.3	71.59	2.5	45.3	89.86	25.5	40.8	103.97	15.7	39.8
Yukon	57.20	48.4	54.1	68.40	19.6	47.5	73.60	7.6	49.8	82.85	12.6	50.0
Northwest Territories	45.04	2.9	68.7	67.48	49.8	48.1	72.78	7.9	50.4	64.26	(11.7)	64.5
Canada	61.92	5.8	50.0	64.92	4.8	50.0	73.31	12.9	50.0	83.24	13.5	49.8

Table 5

## Medical Care Act

Cost Components, G.N.P. Growth, Population and Per Capita Cost — Canada for the Fiscal Years 1973-74 to 1976-77

Particulars	1973-1974		1974-1975		1975-1976		1976-1977	
	Amount	Inc.	Amount	Inc.	Amount	Inc.	Amount	Inc.
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Fee-for-service payments to physicians and dental surgeons — see note 1	1 297 345 546	7.1	1 388 938 953	7.1	1 587 362 186	14.3	1 814 051 261	14.3
Other payments — see note 2	78 282 344	10.9	77 466 278	(1.0)	93 950 459	21.3	112 508 692	19.8
Less: Recoveries from third parties	2 686 400	49.4	3 359 501	25.1	3 546 039	5.6	5 898 034	66.3
Cost of Insured Services	1 372 941 490	7.2	1 463 045 730	6.6	1 677 766 606	14.7	1 920 661 919	14.5
G.N.P. Growth — see note 3		17.4		19.1		12.4		14.9
Insured Population	22 172 500	1.4	22 536 395	1.6	22 886 480	1.6	23 074 780	0.8
Per Capita Cost of Insured Services	61.92	5.8	64.92	4.8	73.31	12.9	83.24	13.5

## Notes:

- 1) Payments on a fee-for-service basis include costs representing the payments to physicians and dental surgeons in private practice or to employers of physicians and dental surgeons or directly to insured persons for insured services furnished on a fee-for-service basis.
- 2) Other payments include salaries or portions of salaries to physicians and dental surgeons, sessional fees, guaranteed income payments, incentive allowances, isolation allowances, contract payments, overtime payments and overhead allowances of up to 50% under certain conditions.
- 3) Source: Statistics Canada for calendar years 1973 to 1976

Table 6(A)

## Medical Care Act

Cost of Insured Services by Province 1968-69 to 1976-77

Province	Estimated Costs as used for Calculation of Advance Payments					
	1968-69 to 1972-73	1973-74	1974-75	1975-76	1976-77	TOTAL
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Newfoundland	61 123 695	19 200 000	22 860 000	27 563 000	31 518 000	162 264 695
Prince Edward Island	9 045 210	4 814 000	5 440 000	6 680 000	7 514 722	33 493 932
Nova Scotia	123 111 132	40 235 000	43 572 000	54 402 000	61 189 000	322 509 132
New Brunswick	49 369 981	26 479 000	32 903 384	33 504 080	38 954 335	181 210 780
Quebec	756 575 674	365 301 000	410 628 000	483 327 000	562 808 000	2 578 639 674
Ontario	1 574 366 977	574 709 413	642 709 582	731 844 000	730 226 100	4 253 856 072
Manitoba	207 493 477	51 900 000	60 825 000	64 931 000	74 952 000	460 101 477
Saskatchewan	172 467 281	46 629 586	48 938 450	58 215 390	63 500 330	389 751 037
Alberta	309 820 420	99 875 900	104 650 212	123 596 000	148 179 000	786 121 532
British Columbia	558 295 686	160 607 748	185 948 631	204 598 180	254 576 000	1 364 026 245
Yukon	1 164 240	1 235 000	1 346 684	1 521 129	1 667 307	6 934 360
Northwest Territories	2 739 326	1 670 000	2 208 000	2 977 000	3 439 000	13 033 326
Total	3 825 573 099	1 392 656 647	1 562 029 943	1 793 158 779	1 978 523 794	10 551 942 262

## Note:

The estimates included the costs of radiology and laboratory services transferred to the Hospital Insurance Program totalling \$211 060 929. Had these transfers been known at the time the estimates were prepared, the aggregate advance estimates could have totalled \$10 341 million - see footnote Table 6 (B).



**Table 6(B)**  
**Medical Care Act**

Cost of Insured Services by Province 1968-69 to 1976-77. Final Costs for Calculating Contributions.

Province*	1968-69 to 1972-73	1973-74	1974-75	1975-76	1976-77	Total	Costs under (over) Estimates
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Newfoundland	60 078 062	20 432 491	22 460 791	26 767 778	30 571 754	160 310 876	1 953 819
Prince Edward Island	9 497 012	4 751 482	5 735 571	6 392 913	7 047 586	33 424 564	69 368
Nova Scotia	121 037 014	38 849 111	45 181 051	55 796 500	61 594 610	322 458 286	50 846
New Brunswick	47 305 749	26 609 194	28 997 761	33 593 189	37 235 018	173 740 911	7 469 869
Quebec	708 617 775	372 119 312	408 196 747	469 044 772	535 645 980	2 493 624 586	85 015 088
Ontario	1 576 692 742	551 164 006	560 076 828	614 476 181	710 748 376	4 013 158 133	240 697 939
Manitoba	194 589 011	53 910 308	58 825 273	64 154 128	71 970 866	443 449 586	16 651 891
Saskatchewan	166 680 795	45 169 019	50 382 091	57 665 520	64 928 542	384 825 967	4 925 070
Alberta	303 901 835	94 368 031	106 951 325	124 724 892	140 204 142	770 150 225	15 971 307
British Columbia	554 087 972	162 757 882	172 387 328	220 875 787	256 171 420	1 366 280 389	(2 254 144)
Yukon	732 435	1 144 091	1 354 275	1 538 267	1 806 130	6 575 198	359 162
Northwest Territories	2 647 642	1 666 563	2 496 689	2 736 679	2 737 495	12 285 068	748 258
<b>Total</b>	<b>3 745 868 044</b>	<b>1 372 941 490</b>	<b>1 463 045 730</b>	<b>1 677 766 606</b>	<b>1 920 661 919</b>	<b>10 180 283 789</b>	<b>371 658 473</b>

**Note:**  
The following are subsequent transfers to the Hospital Insurance Program, not taken into account in the advance estimates shown in Table 6(A).

Ontario	6 661 500		77 834 011	89 453 000		173 948 511
Manitoba	9 103 300		770 418			9 873 718
Saskatchewan		235 700				235 700
British Columbia			27 003 000			27 003 000
<b>Total</b>	<b>15 764 800</b>	<b>235 700</b>	<b>105 607 429</b>	<b>89 453 000</b>		<b>211 060 929</b>

\* Refer to page 3 for dates of entry by Provinces.

# Appendix Summary of Provincial Health Insurance Plans (January 1, 1977)

## Newfoundland

### Medical Care Insurance

#### Benefits

*Standard benefits (a):* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits (b):* Children's Dental Health program available to children up to 11 years of age. This program is administered by the Department of Health.

#### Premium per month

none

### Hospital Insurance

#### Standard benefits (c)

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy where available, occupational therapy, where available, out-patient visits, emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

#### Out-of-province benefits (c)

Same benefits as provided in the province.

#### Authorized charges

none

## Prince Edward Island

### Medical Care Insurance

#### Benefits

*Standard benefits (a):* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

#### Premium per month

none

### Hospital Insurance

#### Standard benefits (c)

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* Laboratory procedures as specified, diagnostic procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as in-patient services.

#### Out-of-province benefits (c)

*Within Canada:* Standard ward rate or rate authorized for out-patient services of host province in the case of: 1) emergency, 2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be treated adequately in P.E.I. Otherwise up to \$65 per day for patient care.

*Outside Canada: In-patient services only to maximum of:*

1) emergency — up to \$100 per day towards costs of hospital room charges and 75% of balance of cost of insured services.

2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada — standard ward rate for hospital and all necessary essential services. Otherwise, up to \$65 per day for in-patient care.

#### Authorized charges

none

## ■ Nova Scotia

### Medical Care Insurance

#### Benefits

*Standard benefits (a):* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits (b):* Optometric visual analysis; Children's Dental Plan for children born after January 1, 1967; Pharmacare plan for residents 65 years and over.

#### Premium per month

none

### Hospital Insurance

#### Standard benefits (c)

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electroencephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, as well as specified hospital services when required for emergency diagnoses and treatment within 48 hours of an accident and specified hospital services in connection with various minor medical and surgical procedures.

#### Out-of-province benefits (c)

*Within Canada: In Patient only* for (a) emergencies and (b) with prior approval of Commission of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician.

*Outside Canada:* Ward rate up to \$100 per day plus 75% of the remainder except for infants less than

See footnotes on page 15.

15 days old, then up to \$11 per day.

#### **Authorized charges**

none

### **■ New Brunswick**

#### **Medical Care Insurance**

##### **Benefits**

*Standard benefits (a):* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits (b):* Prescription Drug Program (for beneficiaries who are 65 years and over and for those with cystic fibrosis).

##### **Premium per month**

none

#### **Hospital Insurance**

##### **Standard benefits (c)**

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* All approved available services.

##### **Out-of-province benefits (c)**

*In Canada:* Complete in-patient coverage at standard ward rate approved by hospital's provincial plan.

*Out-patient:* Total amount charged for entitled services at rates approved by hospital's provincial plan.

*Outside Canada:* In-patient coverage — All-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three largest New Brunswick hospitals.

*Out-patient coverage* — Entitled out-patient services at New Brunswick rates.

The above rates apply only in the case of:

(a) emergency, (b) temporary absence from province for education, (c) referral by a New Brunswick physician with prior approval of the Department of Health, (d) special services not being available in New Brunswick, (e) care and treatment received in a Canadian hospital where the medical component has been approved for payment under the Medical Services Payment Act, (f) the treatment being required up to the first day of the third month following the month of arrival at a new residence following a permanent move.

##### **Authorized charges**

none

### **■ Quebec**

#### **Medical Care Insurance**

##### **Benefits**

*Standard Benefits (a):* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits (b):* Optometry, oral surgery performed in a university establishment. Drugs and related professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures;

for persons aged 65 years and over in receipt of a monthly guaranteed income supplement in addition to the Old Age Security pension; for persons between 60 and 64 years of age who are eligible for an allowance under the Old Age Security Act and would otherwise, without that allowance, be eligible for social aid or certain governmental social aid measures. Dental services for children under the age of ten (and under the age of 12 from May 1, 1977). Prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation.

##### **Premium per month**

none (g)

#### **Hospital Insurance**

##### **Standard benefits (c)**

*In-patient:* Standard ward including all available services.

*Out-patient:* Clinical services of day or night psychiatric care, electroconvulsive therapy, insulin shock therapy, behavioural therapy, emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy, occupational therapy and inhalation therapy services, orthoptic services, services or examinations necessary for a resident to obtain employment, or those required in the course of employment or on the demand of the employer, provided that such examination or service is required by a law of Quebec other than the Collective Agreement Decrees Act.

##### **Out-of-province benefits (c)**

*Within Canada:* In-patient: Approved standard ward rate.

*Out-patient:* Insured services at the prevailing rate of the hospital where these services are received.

*Outside Canada:* In-patient: Elective cases up to \$25 per day. Emergency or sudden illness and referral cases receiving prior approval, room and board at the ward rate plus cost of other insured services.

Are excluded: spas, psychiatric and tuberculosis hospitals.

*Out-patient:* at the prevailing rate of the hospital where the insured services are received provided that: (a) the services were received during the 24 hours following an accident; (b) the services became necessary due to a sudden illness or emergency.

##### **Authorized charges**

The payments authorized are \$6 (and \$7 from April 1, 1977) per day in extended care hospitals and in extended care units in short-term care hospitals. Children under age 18 are exempt. Low income individuals may benefit from total or partial exemption depending on their family and financial situation.

### **■ Ontario**

#### **Medical Care Insurance**

##### **Benefits**

*Standard benefits (a):* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental

See footnotes on page 15.

cedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits (b):* Optometry, chiropractic, podiatry, osteopathy. (Also out-of-hospital benefit towards cost of physiotherapy and for ambulance services.) Home Care Program Services; home renal dialysis and home hyperalimentation equipment, supplies and medication. The provincial Ministry of Health administers a free Drug Benefit Plan for persons 65 years and over who are Canadian citizens or landed immigrants and who have lived in the province for the past 12 months, disabled persons and persons with limited incomes.)

**Premium per month (d)**

Single — \$16 (e). Family of 2 or more — \$32 (e).

**Hospital Insurance**

**Standard benefits (c)**

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* Broad range of essential services, physio-, occupational, speech, radio- and inhalation therapies, diet counselling services when prescribed by a physician, and other hospital services when medically necessary. (The plan also provides an extensive nursing home benefit which is not eligible for a contribution to the province under the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act. However, the province is being reimbursed under Canada Assistance Plan for revenues lost due to implementation of universal nursing home coverage.)

**Out-of-province benefits (c)**

Full rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. 75% of standard ward for non-emergency admissions in the United States including room, board and all extras. 100% of emergencies (except mental illness) anywhere in the world. 100% of standard ward care in all other cases (except mental illness) occurring outside Canada or the U.S.

**Authorized charges**

none

**Manitoba**

**Medical Care Insurance**

**Benefits**

*Standard benefits (a):* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits (b):* Certain optometric and chiropractic services, prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by an M.D. Contact lens following congenital cataract surgery. Artificial eyes. A prescription drug program. Anti-natal Rh immune globulin. A personal care program.

**Premium per month**

none

**Hospital Insurance**

**Standard benefits (c)**

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* All services except drugs and dressings in certain cases. (The plan also provides an extensive nursing home benefit which is not eligible for a contribution to the province under the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act. However, the province is being reimbursed under Canada Assistance Plan for revenues lost due to implementation of universal nursing home coverage.)

**Out-of-province benefits (c)**

*In Canada:* Rate approved by hospital's provincial plan.

*Outside Canada:* The greater of 75% of hospital's charges or a daily allowance if: (a) emergency, (b) adequate care not available in Manitoba, (c) during 3 months following permanent move, (d) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases.

**Authorized charges**

none

■ **Saskatchewan**

**Medical Care Insurance**

**Benefits**

*Standard benefits (a):* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits (b):* Optometry, chiropractic, referred services by dentist for care of cleft palate and for orthodontic oral surgery. With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial Department of Health. These include a subsidized hearing aid plan; the provision of prosthetic and orthotic devices; provision of wheelchairs, walkers, commodes and other aids to daily living; a dental plan for children; a prescription drug plan.

**Premium per month**

none

**Hospital Insurance**

**Standard benefits (c)**

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* to the extent that a hospital is able to provide it.

**Out-of-province benefits (c)**

*In-patient:*

*Within Canada:* Standard ward rate less co-insurance charge where applicable.

*Outside Canada:* Maximums apply as to rate and number of days of care.

See footnotes on page 15.



*Out-patient:*

*Within Canada:* Total amount charged.

*Outside Canada:* Total amount charged or a rate considered to be fair and reasonable.

**Authorized charges**

none

■ **Alberta**

**Medical Care Insurance**

**Benefits**

*Standard benefits (a):* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits (b):* Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric and chiropractic services and podiatric services and appliances. An optional health services contract is available through the Commission providing Alberta Blue Cross Plan membership at reduced rates to residents who are not members of a group. For residents 65 years and over and their dependants, the Government provides a substantial portion of the cost of eyeglasses and a major portion of the cost of dentures and dental care; and assumes the cost of hearing aids and medical and surgical equipment, supplies and appliances.

**Premium per month (d)**

Single — \$6.40 (f). Family of 2 or more — \$12.80 (f).

**Hospital Insurance**

**Standard benefits (c)**

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* 100% of all out-patient procedures rendered by the hospital; 100% of all diagnostic and physiotherapy services rendered in approved facilities outside the hospital; 100% of all out-patient services provided by provincial cancer clinics; dietetic counselling services. (The plan also provides an extensive nursing home benefit which is not eligible for a contribution to the province under the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act. However, the province is being reimbursed under Canada Assistance Plan for revenues lost due to implementation of universal nursing home coverage.)

**Out-of-province benefits (c)**

*In-patient:* 100% of all approved in-patient charges in Canada. Outside Canada, at \$50 per day or the actual cost whichever is the lesser, less the authorized charges. For newborn — \$9.00 per day or the actual cost whichever is the lesser.

*Out-patient:* 100% of all services rendered by hospitals in Canada, at their respective approved rates. Outside Canada, for charges less than \$25, the actual amount; for charges exceeding \$25, the lesser of the amount charged by the hospital or the amount payable in Alberta, but not less than \$25.

**Authorized charges**

Adults (excluding residents 65 years and over and their dependants) and children (excluding newborn): \$5 for the first day in active treatment hospitals. Also excluded are: (a) inter-hospital transfers, (b) admissions approved by cancer clinics, (c) polio patients, (d) recipients of social assistance from Department of Social Services and Community Health. Auxiliary Hospitals: \$5 per day after 120 days.

■ **British Columbia**

**Medical Care Insurance**

**Benefits**

*Standard benefits (a):* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

*Additional benefits (b):* Optometry, chiropractic, naturopathy, physiotherapy, podiatry, orthoptic treatment and services of Red Cross nurses, special nurses and V.O.N., orthodontic services for hare lip and/or cleft palate. (Free prescription drug program for residents 65 years and over, and a universal Pharmacare plan effective June 1, 1977 which protects individuals from financial hardship as a result of high prescription drug expenses. Further details of the program may be obtained by writing Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, V8V 1X4.)

**Premium per month (d)**

Single — \$7.50 Two persons — \$15.00 Family of three or more persons — \$18.75.

**Hospital Insurance**

**Standard benefits (c)**

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling services; cytology services operated by B.C. Cancer Institute and renal dialysis treatments (in designated hospitals).

**Out-of-province benefits (c)**

(a) *In-patient:* During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province — maximum stay of 12 months unless otherwise approved.

(b) Referral, if approved by Deputy Minister.

(c) *Out-of-Canada:* in-patient maximum \$75 per day for adults and children and \$12 per day for newborn (Canadian funds).

See footnotes on page 15.

### Authorized charges

- (a) \$4 per day in general hospitals, excluding newborn,  
(b) \$4 per day for adults and \$1 per day for children under the age of nineteen in extended care hospitals,  
(c) \$2 for each emergency or minor surgical out-patient treatment,  
(d) \$2 for day care surgical services,  
(e) \$1 for out-patient cancer therapy, psychiatric day care or night care and psychiatric out-patient services, out-patient physiotherapy services, diabetic day care services, day care rehabilitation services, each dietetic counselling session, renal dialysis treatment.

## ■ Northwest Territories

### Medical Care Insurance

#### Benefits

*Standard benefits (a):* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

#### Premium per month

none

### Hospital Insurance

#### Standard benefits (c)

*In-patient:* Standard ward and all approved available services.

*Out-patient:* Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examination with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; and certain day care surgical procedures.

#### Out-of-province benefits (c)

*In-patient:* Rate approved for hospital by its own provincial plan.

*Out-patient:* Same benefits as in N.W.T.

*Outside Canada:* Up to a maximum specified rate.

#### Authorized charges

none

## ■ Yukon Territory

### Medical Care Insurance

#### Benefits

*Standard benefits (a):* All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

#### Premium per month (d)

Single — \$4.75. Couple — \$9.25. Family — \$11.00.

Coverage depends on residency status rather than payment of premiums. Persons 65 years or more are premium-exempt.

### Hospital Insurance

#### Standard benefits (c)

*In-patient:* Standard ward rate and all approved available services.

*Out-patient:* Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examinations; day care surgical services.

#### Out-of-province benefits (c)

*In-patient:* Rate approved for hospital by its own provincial plan.

*Out-patient:* Same benefits as in Territory.

*Outside Canada:* Maximum applied as to rate.

#### Authorized charges

none.

#### Notes:

- (a) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Medical Care Act (Canada).
- (b) These additional benefits are provided generally on a limited basis. For specific details information may be obtained from the provincial plan. The federal government is not contributing under federal health insurance legislation towards the costs of these additional benefits.
- (c) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (Canada).
- (d) The premiums are those for persons who do not qualify for premium assistance on account of limited income. The provisions for assistance vary from province to province.
- (e) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.
- (f) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.
- (g) The legislation providing for health program financing has set the contribution of an individual at 1.5% of his net income for the year, to a maximum of \$235 for salaried employees and \$375 for self-employed persons. This individual contribution must not reduce net income to a figure below either \$5,600 or \$3,700 depending on whether the individual is married or single. The employer's contribution is set at 1.5% of an employee's salary. Eight-fifteenths of the contributions thus collected are remitted to the Quebec Health Insurance Board and the remaining seven-fifteenths are turned over to the hospital services fund, which is used exclusively for the financing of hospital services in Quebec.

## Plan Addresses

	Medical Care	Hospital Insurance
Newfoundland	Newfoundland Medical Care Commission, Elizabeth Towers, Elizabeth Avenue, St. John's, Newfoundland. A1C 5J3	Hospital Services Division, Department of Health, Confederation Building, St. John's, Newfoundland. A1C 5T7
Prince Edward Island	Health Services Commission, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I. C1A 7P4	Hospital Services Commission of Prince Edward Island, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I. C1A 7P4
Nova Scotia	Health Services and Insurance Commission, P.O. Box 760, Halifax, Nova Scotia. B3J 2V2	Department of Health, P.O. Box 488, Halifax, Nova Scotia. B3J 2R8 (From Feb. 1, 1977)
New Brunswick	Department of Health, Medicare Division, Box 5100, Fredericton, New Brunswick. E3B 5G4	Department of Health, Medicare Division, Box 5100, Fredericton, New Brunswick. E3B 5G4
Quebec	Quebec Health Insurance Board, P.O. Box 6600, Quebec, Quebec. G1K 7T3	Department of Social Affairs, Joffe Building, 1075 chemin Ste-Foy, Quebec, Quebec. G1A 1B9
Ontario	Ontario Health Insurance Plan — (Medical Care and Hospital Insurance)	
	<div>HAMILTON 25 Main St. W. L8P 4P9</div> <div>KINGSTON 1055 Princess St., K7L 5A9</div> <div>LONDON 227 Queens Ave., N6A 5G6</div> <div>SUDBURY 295 Bond St., P3B 2J8</div> <div>THUNDER BAY 435 James St. S., P7C 5G6</div>	<div>MISSISSAUGA 55 City Centre Dr., L5B 3M1</div> <div>TORONTO 2195 Yonge St., M5W 1A0</div> <div>OSHAWA 44 Bond St. W., L1G 1A4</div> <div>WINDSOR 1427 Ouellette Ave., N8X 1K1</div> <div>OTTAWA 75 Albert St., K1P 5Y9</div>
	The above district offices undertake registration and claims processing. Information offices are also located at Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, St. Catharines and Timmins.	
Manitoba	Manitoba Health Services Commission, 599 Empress Street, Winnipeg, Manitoba. R3C 2T6	Manitoba Health Services Commission, 599 Empress Street, Winnipeg, Manitoba. R3C 2T6
Saskatchewan	Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Provincial Health Building, 3211 Albert Street, Regina, Saskatchewan. S4S 0A8	Saskatchewan Hospital Services Plan, Provincial Health Building, 3211 Albert Street, Regina, Saskatchewan. S4S 5W6
Alberta	Alberta Health Care Insurance Commission, P.O. Box 1360, Edmonton, Alberta. T5J 2N3 or Alberta Health Care Insurance Commission, J. J. Bowlen Building, 620 - 7th Avenue S.W., Calgary, Alberta. T2P 0Y8	Alberta Hospital Services Commission, P.O. Box 2222, 9945 - 108 St., Edmonton, Alberta. T5J 2P4
British Columbia	Medical Services Commission, 1515 Blanshard Street, Victoria, B.C. V8W 3C8 (Insurance contract may be obtained from the Medical Services Plan of British Columbia, 1515 Blanshard Street, Victoria, B.C. Mailing Address: P.O. Box 1600, Victoria, British Columbia. V8W 2X9)	Hospital Programs, Ministry of Health, Parliament Buildings, Victoria, British Columbia. V8V 1X4

Northwest  
Territories

N.W.T. Health Care Plan  
Government of the N.W.T.  
Yellowknife, N.W.T.  
X1A 2L9

Yukon

Yukon Health Care Insurance Plan  
P.O. Box 2703  
Whitehorse, Yukon  
Y1A 2C6

N.W.T. Health Care Plan  
Government of the N.W.T.  
Yellowknife, N.W.T.  
X1A 2L9

Yukon Hospital Insurance Services  
P.O. Box 2703  
Whitehorse, Yukon  
Y1A 2C6



Territoires du Nord-Ouest

Régime de l'assurance-santé des Territoires du Nord-Ouest

Régime de l'assurance-santé des Territoires du Nord-Ouest

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

X1A 2L9

X1A 2L9

Régime de l'assurance-maladie du Yukon

Service d'assurance-hospitalisation du Yukon

Whitehorse (Yukon)

Whitehorse (Yukon)

Boîte postale 2703

Boîte postale 2703

Y1A 2C6

Y1A 2C6

[illegible]

**Services à l'extérieur de la province (c)**  
*Malades hospitalisés: tarif approuvé pour l'hôpital*  
*Malades non hospitalisés: mêmes services que la province.*  
*A l'extérieur du Canada: tarif maximal*  
**Frais autorisés**  
 aucuns

- Notes**
- a) Ces services sont assurés conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada).
  - b) Ces services supplémentaires sont généralement limités. Pour plus de précisions, s'adresser au régime de la province. Le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces services supplémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé.
  - c) Ces services sont assurés conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada).
  - d) Ces primes s'appliquent aux personnes qui n'ont pas droit à l'assistance-prime accordée aux personnes à faible revenu. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.
  - e) Taux pour l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation combinées. Exemption de prime si l'un des membres de l'unité familiale est âgé de 65 ans ou plus et réside dans la province depuis au moins les 12 derniers mois.
  - f) Exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si l'un des membres de l'unité familiale est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport à l'assurance-maladie.
  - g) La loi pourvoyant au financement des programmes de santé fixe la contribution d'un particulier à 1,5% de son revenu net pour l'année, jusqu'à concurrence de \$235 pour le salarié et de \$375 pour le travailleur autonome. Cette contribution que doit verser le particulier ne peut réduire son revenu net à un montant qui soit inférieur à \$5600 ou \$3700 selon qu'il s'agit d'une personne mariée ou d'une personne seule. La contribution de l'employeur est fixée à 1,5% du salaire versé à un employé. Des contributions ainsi recueillies, 8/15 de l'ensemble sont remis à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et 7/15 sont versés au fonds des services hospitaliers, fonds exclusivement affecté au financement des services hospitaliers du Québec.

pour les services de réadaptation de jour, pour chaque séance de consultation diététique, et la dialyse rénale.

#### ■ Territoires du Nord-Ouest

##### Assurance-maladie

###### Services

*Services ordinaires (a)* : tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

###### Prime mensuelle

aucune

##### Assurance-hospitalisation

###### Services ordinaires (c)

*Malades hospitalisés* : salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés* : traitement d'urgence post-hospitalier de blessures; examens radiologiques médicalement requis et analyses nécessaires au diagnostic; examens de laboratoire; petite chirurgie; physiothérapie et radiothérapie quand elles sont disponibles et certaines interventions chirurgicales de jour.

###### Services à l'extérieur de la province (c)

*Malades hospitalisés* : tarif approuvé pour l'hôpital par le régime hospitalier de la province.

*Malades non hospitalisés* : mêmes services dans les Territoires du Nord-Ouest.

*A l'extérieur du Canada* : jusqu'au tarif maximal spécifique.

###### Frais autorisés

aucuns

#### ■ Yukon

##### Assurance-maladie

###### Services

*Services ordinaires (a)* : tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

###### Prime mensuelle (d)

Personne seule — \$4.75. Couple — \$9.25. Famille — \$11.00.

La garantie dépend de la résidence et non de l'acquisition des primes. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont exemptées des primes.

##### Assurance-hospitalisation

###### Services ordinaires (c)

*Malades hospitalisés* : salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés* : laboratoire, radiologie et autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement de blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui font partie du travail ordinaire du médecin; services chirurgicaux de jour.

Voir notes à la page 17.

certaines de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital

par un chirurgien-dentiste.

*Services supplémentaires (b)* : optométrie, chiro-

praxie, médecine naturelle, physiothérapie, podiatrie, soins orthopédiques, services des infirmières de la Croix-Rouge,

de l'Ordre de Victoria ou d'infirmières particulières.

Services orthodontiques pour bec-de-lièvre et fissure palatine. (Programme de médicaments de prescription gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et un programme de médicaments de prescriptions (Pharmacare),

à compter du 1<sup>er</sup> juin 1977, pour l'ensemble de la population, qui protège les personnes des difficultés financières que peuvent entraîner l'achat de médicaments de prescription chers. De plus amples renseignements sur le

programme peuvent être obtenus en écrivant à Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings,

Victoria, V8V 1X4.)

###### Prime mensuelle (d)

Personne seule — \$7.50. Deux personnes — \$15.00. Famille de trois personnes ou plus — \$18.75.

##### Assurance-hospitalisation

###### Services ordinaires (c)

*Malades hospitalisés* : salle commune, tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés* : services d'urgence, petite chirurgie, soins chirurgicaux de jour, traitement des

cancéreux non hospitalisés, soins psychiatriques de jour et de nuit, services de réadaptation dispensés de jour,

services de traitement de la toxicomanie, services de physiothérapie, traitement de jour pour les diabétiques et

certaines services de psychiatrie aux malades non hospitalisés (dans les hôpitaux désignés), services de consultation diététique; services de cytologie exploités par la

B.C. Cancer Institute et traitements de dialyse (dans les hôpitaux désignés).

###### Services à l'extérieur de la province (c)

*Malades hospitalisés* : au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12<sup>e</sup> mois suivant le mois de départ de la province — absence

maximale de 12 mois, sauf disposition contraire.

b) Aux malades dirigés pour traitements avec l'approbation du sous-ministre.

c) *A l'extérieur du Canada* : un maximum de \$75 par jour pour les adultes et enfants hospitalisés et de \$12

par jour pour les nouveau-nés (devises canadiennes).

a) \$4 par jour dans les hôpitaux généraux, sauf pour les nouveau-nés,

b) \$4 par jour pour les adultes et \$1 par jour pour les enfants de moins de dix-neuf ans dans les hôpitaux

assurant des soins de longue durée,

c) \$2 pour tout service d'urgence ou petite intervention chirurgicale à un malade non hospitalisé,

d) \$2 par jour pour les soins chirurgicaux de jour, e) \$1 pour les soins aux cancéreux non hospitalisés, pour les soins psychiatriques de jour ou de nuit et

pour les services psychiatriques aux malades non hospitalisés, pour les services de physiothérapie aux malades

non hospitalisés, pour les services de jour aux diabétiques,



Assurance-maladie

Services

*Services ordinaires (a) :* tous les services de dentin qui sont requis du point de vue médical et dans de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital

*Services supplémentaires (b) :* optométrie, chiro-

ne fissure palatine et pour la chirurgie orthodontique.

certains exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes valides d'assurance-maladie

admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ceux-ci

reçoivent un régime de subventions pour prothèses dentaires, la dispensation de prothèses et d'appareils

opédiques; la dispensation de fauteuils roulants, des de marche, chaises spéciales et toute autre aide

à vie quotidienne; un régime de soins dentaires pour dents, un régime de médicaments de prescription.

Prime mensuelle

aucune

Assurance-hospitalisation

Services ordinaires (c)

*Malades hospitalisés :* salle ordinaire et tous les

services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés :* dans la mesure où un

hospital peut assurer le service.

*Services à l'extérieur de la province (c)*

*Malades hospitalisés*

*Au Canada :* tarif de la salle ordinaire, moins les modérateurs, le cas échéant.

*A l'extérieur du Canada :* maximum du tarif et du

nombre de journées de soins.

Malades externes

*Au Canada :* totalité des frais.

*A l'extérieur du Canada :* coût total ou montant jugé

Frais autorisés

Assurance-maladie

Services

*Services ordinaires (a) :* tous les services de dentin qui sont requis du point de vue médical et

ains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par

*Services supplémentaires (b) :* soins dentaires

eglements, optométrie, chiropraxie, soins podia-

es et appareils. Une assurance facultative est offerte

à la commission qui donne, à prix réduit, des cartes de

partie d'aucun groupe. Pour les résidents âgés de

Assurance-maladie

Services

*Services ordinaires (a) :* tous les services de dentin qui sont requis du point de vue médical et

ains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital

*Services supplémentaires (b) :* optométrie, chiro-

ne fissure palatine et pour la chirurgie orthodontique.

certains exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes valides d'assurance-maladie

admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ceux-ci

reçoivent un régime de subventions pour prothèses dentaires, la dispensation de prothèses et d'appareils

opédiques; la dispensation de fauteuils roulants, des de marche, chaises spéciales et toute autre aide

à vie quotidienne; un régime de soins dentaires pour dents, un régime de médicaments de prescription.

Prime mensuelle

aucune

Assurance-hospitalisation

Services ordinaires (c)

*Malades hospitalisés :* salle ordinaire et tous les

services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés :* dans la mesure où un

hospital peut assurer le service.

*Services à l'extérieur de la province (c)*

*Malades hospitalisés*

*Au Canada :* tarif de la salle ordinaire, moins les modérateurs, le cas échéant.

*A l'extérieur du Canada :* maximum du tarif et du

nombre de journées de soins.

Malades externes

*Au Canada :* totalité des frais.

*A l'extérieur du Canada :* coût total ou montant jugé

Frais autorisés

Assurance-maladie

Services

*Services ordinaires (a) :* tous les services de dentin qui sont requis du point de vue médical et

ains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par

*Services supplémentaires (b) :* soins dentaires

eglements, optométrie, chiropraxie, soins podia-

es et appareils. Une assurance facultative est offerte

à la commission qui donne, à prix réduit, des cartes de

Assurance-hospitalisation

Services ordinaires (c)

*Malades hospitalisés :* salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés :* 100% du coût de tous

les services externes offerts par l'hôpital; 100% du coût

de tous les services de diagnostic et de physiothérapie

donnés dans des établissements approuvés en dehors des

hôpitaux; 100% du coût de tous les services externes

rendus dans les cliniques provinciales du cancer; les

services de consultation diététique. (Ce régime offre également

ment un service étendu de maisons de repos qui n'est

pas admissible à une contribution versée à la province

en vertu de la Loi fédérale sur l'assurance-hospitalisation

et les services diagnostiques. Toutefois, la province reçoit

un remboursement en vertu du Régime d'assistance

publique du Canada pour la perte de revenu due à l'exten-

sion du service des maisons de repos à toute la

population.)

*Services à l'extérieur de la province (c)*

*Malades hospitalisés :* 100% du coût des services

approuvés offerts au Canada. A l'extérieur du Canada,

la moins élevée de ces deux sommes; \$50 par jour ou le

coût réel, moins les frais autorisés. Pour les nouveau-nés,

la moins élevée de ces deux sommes; \$9 par jour ou le

coût réel.

*Malades non hospitalisés :* 100% du coût de tous

les services donnés dans les hôpitaux du Canada aux

taux approuvés. A l'extérieur du Canada, coût réel pour

les services de moins de \$25; pour ceux de plus de \$25,

la plus petite de ces deux sommes; le montant demandé

par l'hôpital ou le montant payable en Alberta. (minimum

\$25)

Frais autorisés

Adultes (à l'exclusion des résidents âgés de

65 ans et plus et leurs dépendants) et les enfants (les

nouveaux-nés exclus) : \$5 pour le premier jour dans un

hôpital dispensant des soins aigus. Sont aussi exclus :

a) malades transférés d'un hôpital à un autre, b) admis-

raux, c) malades atteints de poliomélie, d) bénéficiaires

d'assurance sociale du ministère des Services sociaux

et de la Santé communautaire.

Hôpitaux auxiliaires: \$5 par jour après 120 jours.

Colombie-Britannique

Assurance-maladie

Services

*Services ordinaires (a) :* tous les services de

médicin qui sont requis du point de vue médical et

Voir notes à la page 17.

devenus nécessaires par suite d'une maladie subite ou d'une urgence

**Frais autorisés**

Les frais autorisés sont \$6 (et \$7 à partir du 1<sup>er</sup> avril 1977) par jour dans les centres hospitaliers de soins prolongés et dans les unités de soins prolongés dans les centres hospitaliers de courte durée. Les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption ou exonération totale ou partielle dépendant de leur situation familiale et financière.

■ **Ontario**

**Assurance-maladie**

**Services**

*Services ordinaires (a) :* tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

*Services supplémentaires (b) :* optométrie, chiropraxie, podiatrie, ostéopathie. (Prestations aux malades non hospitalisés pour le coût des traitements de physiothérapie et des services d'ambulance.) Les services du programme de soins à domicile; matériel, appareillage et médicaments pour la dialyse rénale et la suralimentation à domicile. (Le ministère provincial de la Santé administre un régime de médicaments gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus, qui sont des citoyens canadiens ou des immigrants reçus demeurant dans la province depuis les 12 derniers mois, ou les infirmes et les personnes à revenu modeste.)

**Prime mensuelle (d)**

Personne seule — \$16 (e). Famille de 2 personnes ou plus — \$32 (e).

**Assurance-hospitalisation**

**Services ordinaires (c)**

*Malades hospitalisés :* salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés :* vaste éventail de services essentiels, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, radiothérapie, aérosothérapie, services de consultation diététique, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et autres services hospitaliers médicalement nécessaires. (Ce régime offre également un service étendu de maisons de repos qui n'est pas admissible à une contribution versée à la province en vertu de la Loi fédérale sur l'assurance-détention, lorsqu'ils sont prescrits en vertu du Régime d'assistance publique du Canada pour la perte de revenu due à l'extension du service des maisons de repos à toute la population.)

■ **Manitoba**

**Assurance-maladie**

**Services**

*Services ordinaires (a) :* tous les services de médecin qui sont requis du point de vue médical et certains de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

*Services supplémentaires (b) :* certains services d'optométrie et de chiropraxie. Prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Lentilles cornéennes requises après opération d'une cataracte congénitale. Yeux artificiels. Un régime pour les médicaments de prescription. Epreuves prénatales d'antécédents Rh. Un programme de soins personnels.

**Prime mensuelle**

aucune

**Assurance-hospitalisation**

**Services ordinaires (c)**

*Malades hospitalisés :* salle ordinaire et tous les services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés :* tous les services sauf dans certains cas, les médicaments et les pansements. (Ce régime offre également un service étendu de maisons de repos qui n'est pas admissible à une contribution versée à la province en vertu de la Loi fédérale sur l'assurance-détention et les services diagnostiques. Toutefois, la province reçoit un remboursement en vertu du Régime d'assistance publique du Canada pour la perte de revenu due à l'extension du service des maisons de repos à toute la population.)

**Services à l'extérieur de la province (c)**

*Au Canada :* tarif approuvé par le régime hospitalier de la province.

*A l'extérieur du Canada :* la plus élevée de ces sommes: 75% des frais ou une allocation quotidienne, dans les cas suivants: a) urgence, b) les soins requis ne pouvant être dispensés au Manitoba, c) soins dispensés dans les 3 mois suivant le départ permanent, d) absence temporaire pour travail ou études. La moins élevée de ces deux sommes: 75% des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation facultative.

**Frais autorisés**

aucuns

Voir notes à la page 17.

**Services à l'extérieur de la province (c)**  
*Au Canada:* maladies hospitalisées seulement;  
la Commission pour les traitements médicaux  
quits, suivis à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse et  
commandés par un médecin de la Nouvelle-Écosse.  
*A l'extérieur du Canada:* tarif de la salle jusqu'à  
concurrence de \$100 par jour, plus 75% des frais restants;  
pour les nourrissons de moins de 15 jours, jusqu'à  
concurrence de \$1 par jour.

**Frais autorisés**

aucuns

**Nouveau-Brunswick**

**Assurance-maladie**

**Services**

*Services ordinaires (a):* tous les services de  
décision qui sont reçus du point de vue médical et  
traitements de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital  
par un chirurgien-dentiste.  
*Services supplémentaires (b):* programme de  
médicaments de prescriptions pour les bénéficiaires âgés  
de 65 ans et plus et pour ceux atteints de fibrose kystique.  
aucune

**Prime mensuelle**

aucune

**Assurance-hospitalisation**

**Services ordinaires (c)**

*Malades hospitalisés:* salle ordinaire et tous les  
services approuvés disponibles.  
*Malades non hospitalisés:* tous les services  
approuvés disponibles.  
**Services à l'extérieur de la province (c)**  
*Au Canada: maladies hospitalisées:* protection  
complète au tarif de la salle ordinaire approuvé par le  
ministère hospitalier de la province.  
*Malades non hospitalisés:* totalité des frais des  
services assurés au tarif approuvé par le régime hospitalier  
de la province.

*A l'extérieur du Canada: Malades hospitalisés:*  
les frais ne dépassant pas le tarif moyen de la salle  
ordinaire (au dollar le plus près) des trois plus grands  
taux de la province.

*Malades non hospitalisés:* services assurés aux  
malades non hospitalisés aux tarifs du Nouveau-  
Brunswick. Les taux ci-dessus ne s'appliquent que dans  
les cas suivants: a) les cas d'urgence, b) absence tempo-  
raire de la province pour études, c) malade dirigé par un  
médecin du Nouveau-Brunswick sur approbation du  
ministère de la Santé, d) services spéciaux non disponibles  
au Nouveau-Brunswick, e) soins et traitements reçus dans  
un hôpital canadien où les paiements se font dans le

cas suivant le mois d'arrivée à la nouvelle résidence —  
services nécessaires jusqu'au premier jour du troisième  
mois de la Loi sur les paiements des services médicaux.  
aucuns

**Frais autorisés**

aucuns

■ Québec

**Assurance-maladie**

**Services**

*Services ordinaires (a):* tous les services de  
médecin qui sont reçus du point de vue médical et cer-  
taines de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par  
un chirurgien-dentiste.  
*Services supplémentaires (b):* optométrie,  
chirurgie buccale effectuée dans un milieu universitaire,  
Médicaments et services professionnels pour les bénéfi-  
ciaires de l'aide sociale et les bénéficiaires de certaines  
mesures d'aide gouvernementale; pour les personnes  
âgées de 65 ans et plus recevant un supplément de revenu  
mensuel garanti ajouté à leur pension de vieillesse; pour  
les personnes de 60 à 64 ans admissibles à une allocation  
en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans  
cette allocation, auraient droit à l'aide sociale ou à  
certaines mesures d'aide sociale gouvernementale.  
Services dentaires pour les enfants de moins de 10 ans  
(et de moins de douze ans à partir du 1<sup>er</sup> mai 1977).  
Prothèses, appareils orthopédiques ou autres déterminés  
par règlement.

**Prime mensuelle**

aucune (g)

**Assurance-hospitalisation**

**Services ordinaires (c)**

*Malades hospitalisés:* salle ordinaire et tous les  
services disponibles.  
*Malades non hospitalisés:* les services cliniques  
de soins psychiatriques de jour ou de nuit, les soins en  
électrochocs, insulinothérapie et thérapie de comporte-  
ment, les soins d'urgence, les soins en chirurgie minieure,  
la radiothérapie, les services diagnostiques, les services  
de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie, les  
services d'orthoptique, les services ou les examens aux-  
quels doit se soumettre un résident en vue d'obtenir un  
emploi, auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi  
ou qui sont requis par un employeur à la condition qu'un  
tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec  
autre que la loi des décrets de convention collective.

**Services à l'extérieur de la province (c)**

*Au Canada: maladies hospitalisées:* tarif de la salle  
ordinaire approuvé;  
*Malades non hospitalisés:* services assurés, au  
tarif de l'hôpital en cause.  
*A l'extérieur du Canada: maladies hospitalisées:*  
cas d'hospitalisation facultative; jusqu'à \$25 par jour.  
Urgence ou maladie subite et malade dirigé pour traite-  
ment après autorisation préalable, logement et pension au  
tarif de la salle ordinaire plus les frais des autres services  
assurés.  
Sont exclus: les stations thermales, les sanato-  
riums et les hôpitaux psychiatriques.

*Malades non hospitalisés:* tarif de l'hôpital où les  
services assurés sont dispensés, pourvu a) qu'ils le soient  
dans les 24 heures suivant un accident, b) qu'ils soient

Voir notes à la page 17.



■ Terre-Neuve

Assurance-maladie

Services

*Services ordinaires (a):* tous les services de

médicin qui sont reçus du point de vue médical et

certaines de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital

par un chirurgien-dentiste.

*Services supplémentaires (b):* programme

d'hygiène dentaire pour les enfants jusqu'à l'âge de 11

ans. Ce programme est administré par le ministère de

la Santé.

Prime mensuelle

aucune

Assurance-hospitalisation

*Services ordinaires (c)*

*Malades hospitalisés:* salle ordinaire et tous les

services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés:* laboratoire, radiologie,

autres services de diagnostic, y compris les analyses

nécessaires, radiothérapie et physiothérapie, si ces

services sont offerts; ergothérapie, si disponible, visites

aux malades non hospitalisés, visites d'urgence, salle

d'opération et tous les appareils et fournitures, plâtres,

médicaments et fournitures, médicales et chirurgicales

utilisés dans un hôpital.

*Services à l'extérieur de la province (c)*

mêmes services que dans la province.

Frais autorisés

aucuns

■ Ile-du-Prince-Édouard

Assurance-maladie

Services

*Services ordinaires (a):* tous les services de

médicin qui sont reçus du point de vue médical et

certaines de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par

un chirurgien-dentiste.

Prime mensuelle

aucune

Assurance-hospitalisation

*Services ordinaires (c)*

*Malades hospitalisés:* salle ordinaire et tous les

services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés:* examens de laboratoire

tels qu'ils sont précisés, services de radiologie tels qu'ils

sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs;

médicaments, substances biologiques et autres prépara-

tions connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence;

tous les autres services indiqués comme services aux

malades hospitalisés.

*Au Canada:* tarif des salles ordinaires ou tarif

établi par la province hôte pour services aux malades non

■ Nouvelle-Écosse

Assurance-maladie

Services

*Services ordinaires (a):* tous les services de

médicin qui sont reçus du point de vue médical et

certaines de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital

par un chirurgien-dentiste.

*Services supplémentaires (b):* examen de la vue

Régime d'assurance dentaire pour enfants nés après le

1<sup>er</sup> janvier 1967. Régime d'assurance-médicaments pour

les résidents âgés de 65 ans et plus.

Prime mensuelle

aucune

Assurance-hospitalisation

*Services ordinaires (c)*

*Malades hospitalisés:* salle ordinaire et tous les

services approuvés disponibles.

*Malades non hospitalisés:* vaste éventail de

analyses de laboratoire médicalement nécessaires,

examens électro-encéphalographiques et radiologiques,

radiothérapie pour maladies malignes ou bénignes,

électrocardiogrammes, installations de physiothérapie,

si'il y en a, divers médicaments, services hospitaliers,

y compris les repas pour diabétiques en traitement

de jour, hémodialyse, méthodes diagnostiques au moyen

des ultrasons et analyse des résultats, électrocardio-

grammes et analyse des résultats ainsi que les services

hospitaliers prescrits pour un cas d'urgence traité dans le

48 heures suivant un accident et les services hospitaliers

relatifs à diverses interventions chirurgicales ou médica-

d'ordre mineur, tels qu'ils sont précisés.



**Tableau 6(B)**  
**Coûts des services assurés par province de 1968-1969 à 1976-1977. Coûts finals utilisés pour le calcul**

Province*	1968-1969	à	1972-1973	1973-1974	1974-1975	1975-1976	1976-1977	Total	estimations
Terre-Neuve	60 078 062	20 432 491	22 460 791	26 767 778	30 571 754	160 310 876	1 953 819		
Prince-Édouard	9 497 012	4 751 482	5 735 571	6 392 913	7 047 586	33 424 564	69 368		
Nouvelle-Écosse	121 037 014	38 849 111	45 181 051	55 796 500	61 594 610	322 458 286	50 846		
Nouveau-Brunswick	47 305 749	26 609 194	28 997 761	33 593 189	37 235 018	173 740 911	7 469 869		
Québec	708 617 775	372 119 312	408 196 747	469 044 772	535 645 980	2 493 624 586	85 015 088		
Ontario	1 576 692 742	551 164 006	560 076 828	614 476 181	710 748 376	4 013 158 133	240 697 939		
Manitoba	194 589 011	53 910 308	58 825 273	64 154 128	71 970 866	443 449 586	16 651 891		
Saskatchewan	166 680 795	45 169 019	50 382 091	57 665 520	64 928 542	384 825 967	4 925 070		
Alberta	303 901 835	94 368 031	106 951 325	124 724 892	140 204 142	770 150 225	15 971 307		
Colombie-Britannique	554 087 972	162 757 882	172 387 328	220 875 787	256 171 420	770 150 225	15 971 307		
Yukon	732 435	1 144 091	1 354 275	1 538 267	1 805 130	6 575 198	359 162		
Îles du Nord-Ouest	2 647 642	1 666 563	2 496 689	2 736 679	2 737 495	12 285 068	748 258		
Canada	3 745 868 044	1 372 941 490	1 463 045 730	1 677 766 606	1 920 661 919	10 180 283 789	371 658 473		

\* Les données ci-dessous constituent les transferts au programme d'assurance-hospitalisation non inclus dans le calcul des paiements d'avances au Tableau 6(A).

Ontario	6 661 500	77 834 011	89 453 000	173 948 511
Manitoba	9 103 300	770 418		9 873 718
Saskatchewan				235 700
Colombie-Britannique		27 003 000		27 003 000
Canada	15 764 800	105 607 429	89 453 000	211 060 929

Les listes des dates à partir desquelles les provinces se sont jointes au programme fédéral des soins médicaux se trouvent à la page 3.

**Tableau 5**  
**Loi sur les soins médicaux**

Éléments de coûts, accroissement du PNB, population et coût par habitant — Canada pour les années financières 1973-1974 à 1976-1977

Détails	1973-1974	1974-1975	1975-1976	1976-1977
Aug.	Aug.	Aug.	Aug.	Aug.
Montant	Montant	Montant	Montant	Montant

% \$ % \$ % \$ % \$

Paiements à l'acte aux médecins et aux chirurgiens-dentistes — voir note 1	1 297 345 546	1 388 938 953	1 587 362 186	1 814 051 261
Autres paiements — voir note 2	78 282 344	77 466 278	93 950 459	112 508 692
Moins: Recouvrements provenant d'un tiers	2 686 400	3 359 501	3 546 039	5 898 034
Coût des services assurés	1 372 941 490	1 463 045 730	1 677 766 606	1 920 661 919
Accroissement du PNB — voir note 3	17,4	19,1	12,4	14,7
Population assurée	22 172 500	22 536 395	22 886 480	23 074 780
Coût par habitant des services assurés	61,92	64,92	73,31	83,24

Note

- 1) Les paiements à l'acte comprennent les coûts représentant les paiements aux médecins-dentistes d'exercice privé ou aux employeurs de médecins et chirurgiens-dentistes ou les paiements faits directement aux personnes assurées pour des services assurés rendus selon la formule de paiements à l'acte.
- 2) Les autres paiements comprennent les salaires ou parties de salaires payées aux médecins et aux chirurgiens-dentistes.
- 3) Source: Statistique Canada pour les années civiles de 1973 à 1976.  
50 p. cent dans certains cas.  
paiements pour travail supplémentaire et les allocations indemnités d'éloignement, les paiements sur contrat, les revenus garantis, les allocations d'encouragement, les dentistes, les honoraires à la séance, les paiements de

**Tableau 6(A)**  
**Loi sur les soins médicaux**

Coût des services assurés par province de 1968-1969 à 1976-1977

Coûts estimatifs utilisés pour le calcul des paiements d'avances.

Province	1968-1969	1972-1973	1973-1974	1974-1975	1975-1976	1976-1977	TOTAL
Terre-Neuve	61 123 695	19 200 000	22 860 000	27 563 000	31 518 000	162 264 66	
Île du Prince Édouard	9 045 210	4 814 000	5 440 000	6 680 000	7 514 722	33 493 93	
Nouvelle-Écosse	123 111 132	40 235 000	43 572 000	54 402 000	61 189 000	322 509 13	
Nouveau-Brunswick	49 369 981	26 479 000	32 903 384	33 504 080	38 954 335	181 210 78	
Québec	756 575 674	365 301 000	410 628 000	483 327 000	562 808 000	2 578 639 67	
Ontario	1 574 366 977	574 709 413	642 709 582	731 844 000	730 226 100	4 253 856 07	
Manitoba	207 493 477	51 900 000	60 825 000	64 931 000	74 952 000	460 101 47	
Saskatchewan	172 467 281	46 629 586	48 938 450	58 215 390	63 500 330	389 751 03	
Alberta	309 820 420	99 875 900	104 650 212	123 596 000	148 179 000	786 121 53	
Colombie Britannique	558 295 686	160 607 748	185 948 631	204 598 180	254 576 000	1 364 026 24	
Yukon	1 164 240	1 235 000	1 346 684	1 521 129	1 667 307	6 934 36	
Territoires du Nord-Ouest	2 739 326	1 670 000	2 208 000	2 977 000	3 439 000	13 033 32	
Total	3 825 573 099	1 392 656 647	1 562 029 943	1 793 158 779	1 978 523 794	10 551 942 26	

Note

Les prévisions comprennent les coûts des services de laboratoire et de radiologie, transférés au programme d'assurance-hospitalisation et totalisant \$211 060 929. Si ces transferts avaient été signalés lors de la préparation des prévisions, les versements anticipés globaux auraient totalisé \$10 341 millions — voir note explicative au Tableau 6(B).

**Tableau 3**  
**sur les soins médicaux**  
 et des services assurés, par province, pour les années financières 1973-1974 à 1976-1977

Province	1973-1974		1974-1975		1975-1976		1976-1977	
	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.
Colombie-Britannique	20 432 491	19.6	22 460 791	9.9	26 767 778	19.2	30 571 754	14.2
Alberta	4 751 482	3.4	5 735 571	20.7	6 392 913	11.5	7 047 586	10.2
Manitoba	38 849 111	7.4	45 181 051	16.3	55 796 500	23.5	61 594 610	10.4
Saskatchewan	26 609 194	10.6	28 997 761	9.0	33 593 189	15.8	37 235 018	10.8
Ontario	372 119 312	10.0	408 196 747	9.7	469 044 772	14.9	535 645 980	14.2
Québec	551 164 006	3.7	560 076 828	1.6	614 476 181	9.7	710 748 376	15.7
Terre-Neuve	53 910 308	14.3	58 825 273	9.1	64 154 128	9.1	71 970 866	12.2
Île du Prince-Édouard	45 169 019	4.0	50 382 091	11.5	57 665 520	14.5	64 928 542	12.6
Nouveau Brunswick	94 368 031	1.5	106 951 325	13.3	124 724 892	16.6	140 204 142	12.4
Atlantique	162 757 882	14.0	172 387 328	5.9	220 875 787	28.1	256 171 420	16.0
Canada	1 144 091	10.8	1 354 275	18.4	1 538 267	13.6	1 806 130	17.4
Provinces du Nord-Ouest	1 666 563	3.0	2 496 689	49.8	2 736 679	9.6	2 737 495	0.0
Total	1 372 941 490	7.2	1 463 045 730	6.6	1 677 766 606	14.7	1 920 661 919	14.5

ours de l'année financière 1974-1975, trois provinces ont  
 offert certains coûts du programme des soins médicaux au  
 risme d'assurance-hospitalisation. Si ces transferts  
 aient pas été effectués, l'augmentation des coûts aurait été  
 4,3 p. cent.

**Tableau 4**

**sur les soins médicaux**

ts par habitant des services assurés, augmentations procentuelles, et contribution du Canada en pourcentage  
 coût total des services assurés, 1973-1974 à 1976-1977

Province	1973-1974		1974-1975		1975-1976		1976-1977	
	Coût par habitant Aug.	%	Coût par habitant Aug.	%	Coût par habitant Aug.	%	Coût par habitant Aug.	%
Colombie-Britannique	37.98	18.7	41.36	8.9	48.49	17.2	54.79	13.0
Alberta	41.68	2.5	49.44	18.6	54.18	9.6	59.73	10.2
Manitoba	48.99	6.0	56.27	14.9	68.55	21.8	75.12	9.6
Saskatchewan	41.00	9.0	43.80	6.8	49.69	13.4	55.08	10.8
Ontario	61.17	9.3	66.50	8.7	75.75	13.9	85.85	13.3
Québec	69.27	2.0	69.04	(0.3)	74.57	8.0	85.88	15.2
Terre-Neuve	52.65	13.3	57.41	9.0	62.12	8.2	69.41	11.7
Île du Prince-Édouard	49.61	4.8	54.71	10.3	61.53	12.5	69.14	12.4
Nouveau Brunswick	54.96	(0.8)	61.04	11.1	68.98	13.0	74.44	7.9
Atlantique	69.85	10.4	71.59	2.5	89.86	25.5	103.97	15.7
Canada	57.20	48.4	68.40	19.6	73.60	7.6	82.85	12.6
Provinces du Nord-Ouest	45.04	2.9	67.48	49.8	72.78	7.9	83.24	13.5
Total	61.92	5.8	64.92	4.8	73.31	12.9	83.24	13.5

**Tableau 1**  
Loi sur les soins médicaux  
Contributions du Canada aux provinces pour les années financières 1973-1974 à 1976-1977

Province	1973-1974				1974-1975				1975-1976				1976-1977			
	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.
Canada	686 470 745	7.2	731 522 865	6.6	838 883 303	14.7	955 737 355	13.1								
Terre-Neuve	16 656 726	6.6	17 625 575	5.8	20 233 063	14.8	23 111 876	14.8								
Ile-du-Prince-Edouard	3 529 492	6.7	3 765 316	6.7	4 325 184	14.9	4 887 458	13.1								
Nouvelle-Ecosse	24 551 643	7.1	26 065 077	6.2	29 836 437	14.5	33 963 688	13.1								
Nouveau-Brunswick	20 093 337	7.3	21 488 270	6.9	24 778 171	15.3	27 999 333	13.1								
Québec	188 332 463	6.5	199 237 160	5.8	226 962 181	13.9	258 413 963	13.1								
Ontario	246 352 361	7.5	263 312 454	6.9	302 029 775	14.7	342 784 735	13.1								
Manitoba	31 703 508	6.7	33 258 875	4.9	37 854 960	13.8	42 944 598	13.1								
Saskatchewan	28 189 497	5.0	29 890 021	6.0	34 349 216	14.9	38 898 778	13.1								
Alberta	53 159 106	7.8	56 873 640	7.0	66 274 276	16.5	78 008 793	13.1								
Colombie-Britannique	72 137 866	9.2	78 162 770	8.4	90 095 775	15.3	102 056 741	13.1								
Yukon	619 209	11.3	642 701	3.9	766 071	19.2	902 937	17.1								
Territoires du Nord-Ouest	1 145 537	5.8	1 201 006	4.8	1 378 194	14.8	1 764 455	28.1								

Note  
La contribution fédérale est le montant payable aux provinces en vertu de la Loi sur les soins médicaux en ce qui a trait au coût des services assurés. La contribution fédérale totale ayant trait à une année financière est payée sur une période s'étendant sur deux années financières.

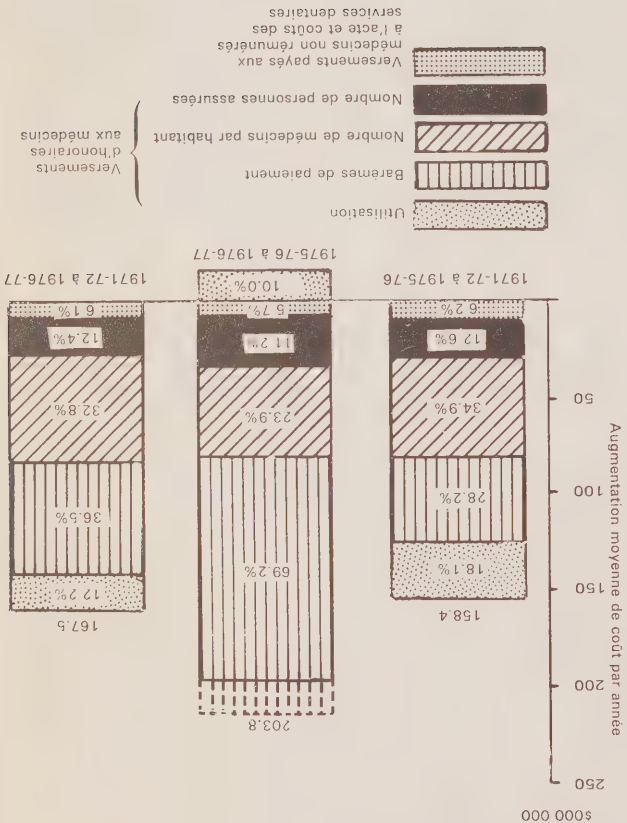
**Tableau 2**  
Loi sur les soins médicaux  
Paiements du Canada aux provinces dans les années financières 1973-1974 à 1976-1977

Province	1973-1974				1974-1975				1975-1976				1976-1977			
	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.	Montant	Aug.
Canada	677 947 024	6.7	762 689 945	7.6	795 755 865	7.9	1 003 582 981	12.0								
Terre-Neuve	16 710 475	6.7	18 343 926	7.6	19 034 375	14.8	24 148 202	14.8								
Ile-du-Prince-Edouard	3 546 626	6.7	3 949 492	6.7	4 104 016	14.9	5 177 613	13.1								
Nouvelle-Ecosse	24 832 203	7.1	27 208 443	6.2	28 276 977	14.5	35 593 004	13.1								
Nouveau-Brunswick	20 064 192	7.3	22 390 137	6.9	23 531 870	15.3	29 746 261	13.1								
Québec	185 385 531	6.5	207 172 463	5.8	215 650 460	13.9	270 395 161	13.1								
Ontario	243 340 637	7.5	275 166 761	6.9	287 661 054	14.7	359 962 831	13.1								
Manitoba	31 184 584	6.7	34 932 708	6.0	35 701 475	14.9	45 041 571	13.1								
Saskatchewan	27 712 194	5.0	30 626 697	6.0	32 092 321	14.9	41 881 631	13.1								
Alberta	52 700 268	7.8	59 424 306	7.0	61 362 840	16.5	82 336 421	13.1								
Colombie-Britannique	70 696 637	9.2	81 541 066	8.4	86 368 370	15.3	106 717 449	13.1								
Yukon	637 783	11.3	678 009	3.9	766 071	19.2	902 937	17.1								
Territoires du Nord-Ouest	1 135 894	5.8	1 255 937	4.8	1 378 194	14.8	1 764 455	28.1								

Consistent en:  
(a) des avances égales à 90% au moins de l'estimation des contributions pour l'année financière en cours;  
ET  
(b) les paiements du redressement final pour l'année financière antérieure

Total des paiements 677 947 024 762 689 945 795 755 865 1 003 582 981





**Figure 2:** Augmentation en pourcentage du coût redressé du programme, par catégorie de versement et facteur de coût, au Canada, pour certaines périodes, 1971-1972 à 1976-1977.

l'augmentation des coûts en 1976-1977 qu'au cours années précédentes (en moyenne). La hausse du nombre de médecins rémunérés à l'acte par habitant a été considérablement tandis que le facteur d'utilisation traduite les changements survenus dans les versements d'honoraires pour des raisons autres que la croissance de la population assurée, les augmentations du nombre de médecins par habitant recevant des honoraires. A la figure 2, on voit l'influence, sur le coût du programme, des principaux types de versements et les facteurs de coût. En 1976-1977, la valeur des révisions barèmes de paiement s'élevait à \$141 millions, soit 10,1 cent de l'augmentation totale des coûts du programme. En supposant que les augmentations du nombre de médecins, par habitant, rémunérés à l'acte ont tendance provoquer des changements à peu près semblables les coûts par habitant, la croissance du nombre de médecins au Canada aurait été la cause d'environ 23,9 p. cent de l'augmentation totale des coûts du programme en 1976-1977. La valeur en millions ou 23,9 p. cent de l'augmentation totale des coûts du programme en 1976-1977, la valeur en millions s'élevait à \$23 millions, tandis qu'une autre hausse de \$11 millions était imputable aux versements aux médecins non rémunérés à l'acte et au coût des services dentaires. Tel qu'indiqué plus haut, une utilisation des services a eu pour effet de faire les coûts de quelque \$20 millions.

ont augmenté aux taux suivants de 1971-1972 à 1976-1977:

Variation procentuelle par année	Coût total	Coût par habitant
1971-1972 à 1975-1976	9.3	7.6
1975-1976 à 1976-1977	14.5	13.6
1971-1972 à 1976-1977	10.3	8.8

Pour diverses raisons, notamment le transfert de certains coûts de laboratoire et de radiologie du programme de soins médicaux au programme d'assurance-hospitalisation, les changements susmentionnés d'assurance-

en année, ne sont pas comparables et ne donnent pas une idée juste des changements de coûts des services assurés engagés par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Les comparaisons suivantes sont fondées sur des données normalisées afin d'améliorer la comparaison

d'année en année. Les redressements comprennent la normalisation de certains comptes de personnes assurées, de même que les changements apportés aux chiffres de coût pour contre-balaner les effets de facteurs tels que les transferts susmentionnés de certains coûts de laboratoire et de radiologie et les changements, avec effet

rétroactif, apportés aux versements. Dans les analyses de ce genre effectuées auparavant, les redressements en vue du transfert des services de laboratoire et de radiologie étaient fondés sur l'hypothèse que les services transférés n'avaient jamais été couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Par suite des arrangements financiers entre les gouvernements fédéral et provinciaux en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> avril 1977, les raisons motivant ces transferts disparaîtront et il est prévu que les provinces

porteront à nouveau ces paiements au programme d'assurance-maladie. Par conséquent, les comparaisons suivantes sont fondées sur l'hypothèse que les transferts au programme d'assurance-hospitalisation n'ont pas été effectués. On ne tient pas compte dans ce redressement des augmentations ou diminutions importantes dans l'inventaire des réclamations, par exemple les variations annuelles dans la valeur approximative des services dispensés, mais non payés, à la fin de l'année financière.

Variation procentuelle par année

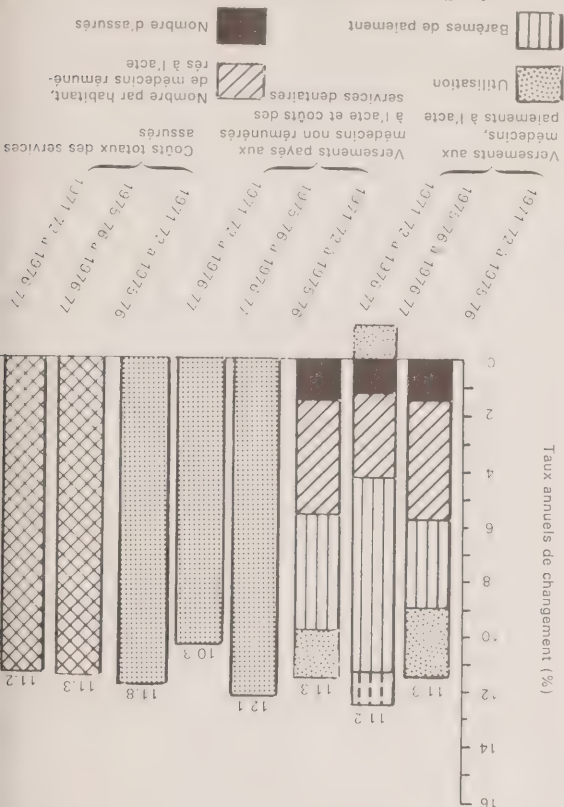
Coût total	Coût par habitant
1971-1972 à 1975-1976	11.8
1975-1976 à 1976-1977	13.9
1971-1972 à 1976-1977	12.3
1971-1972 à 1976-1977	10.7

La plupart des provinces ont réussi à réduire leurs inventaires de réclamations avec le temps. En outre, vers la fin de l'année financière 1976-1977, plusieurs provinces ont réduit considérablement leur inventaire de réclamations, augmentant du fait même leurs paiements en vertu du régime, afin de maximiser les contributions du gouvernement fédéral avant que les changements prévus aux accords financiers fédéraux-provinciaux n'entrent en vigueur. C'est pourquoi les chiffres ci-dessus ont été encore redressés pour tenir compte des changements de ce genre dans les inventaires de réclamations. Toutes les comparaisons suivantes sont fondées sur les coûts des programmes entièrement redressés:

Parmi les facteurs choisis influant sur les variations dans les coûts, il y a les changements dans les barèmes de paiement, le nombre de médecins, l'accroissement de la population et l'utilisation des services, de même que les variations dans les paiements versés aux médecins non rémunérés à l'acte et dans les changements dans les hausses dans les coûts et les changements dans les facteurs de coût pendant trois périodes: 1971-1972 à 1975-1976; 1975-1976 à 1976-1977 et 1971-1972 à 1976-1977.

**Figure 1:**

Taux annuels des changements survenus dans les coûts redressés du programme, par catégorie de versement et facteur de coût, au Canada, pour certaines périodes 1971-1972 à 1976-1977.



La figure 1 donne les variations procentuelles par année de divers facteurs de coût. Pour ce qui est du coût total des versements pour honoraires de médecins, l'augmentation procentuelle en 1976-1977 fut presque identique aux augmentations annuelles moyennes des quatre dernières années. Cependant, les hausses dans les barèmes de paiement furent un facteur bien plus impor-





## Certains changements apportés aux régimes provinciaux

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements dans les différents régimes provinciaux s'est poursuivie et aucune difficulté majeure n'a été rencontrée.

Les changements apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont les suivants:

— Chacune des trois provinces (Colombie-Britannique, Alberta et Ontario) qui perçoivent des primes ont augmenté leurs taux. En Colombie-Britannique, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1976, la prime mensuelle pour le régime de services médicaux de la province est passé de \$5 à \$7,50 pour les couples de \$10 à \$15 pour les couples de \$12,50 à \$18,75 pour une famille de trois personnes ou plus. L'Alberta, à compter du 1<sup>er</sup> avril 1976, a haussé sa prime mensuelle pour les services de santé essentiels et l'assurance-hospitalisation de \$5,75 à \$6,40 pour les personnes seules et de \$11,50 à \$12,80 pour les inscrits ayant une ou plusieurs personnes à charge. Le taux des primes mensuelles pour les régimes combinés d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation de l'Ontario, à compter du 1<sup>er</sup> août 1976, est passé de \$11 à \$16 pour les personnes seules et de \$22 à \$32 pour les familles de deux personnes ou plus.

— Des augmentations dans les barèmes de paiements aux médecins praticiens ont pris effet dans toutes les provinces et territoires. Comme pour toutes les hausses de rémunération dans les autres secteurs de l'économie, ces révisions furent assujetties aux stipulations et critères du Programme de lutte contre l'inflation.

— A Terre-Neuve, les règlements afférents au *Medical Care Insurance Act* furent modifiés pour permettre l'imposition aux bénéficiaires relativement aux frais des services assumés par la Commission de l'assurance-maladie de Terre-Neuve mais jugés non nécessaires du point de vue médical.

L'annexe contient un tableau récapitulatif des régimes d'assurance-maladie provinciaux et des régimes complémentaires d'assurance-hospitalisation, au 1<sup>er</sup> janvier 1977. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements sont sujets à changement. La description de tous les régimes d'assurance-maladie provinciaux peut être obtenue en s'adressant au Directeur général, Assurance-santé et des ressources sanitaires, Direction générale des programmes de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario), K1A 1B4.

## Programme de soins médicaux — Administration

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tout résident canadien l'accès aux soins médicaux nécessaires, payés d'avance, et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour le rendre plus efficace, le programme a

été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentes:

1. application de la Loi sur les soins médicaux;
2. offre aux provinces de services consultatifs sur divers aspects des régimes provinciaux d'assurance-maladie;
3. conduite d'études et offre de services consultatifs d'ordre technique et professionnel aux provinces et aux organismes intéressés sur la planification et la distribution et l'utilisation des services médicaux.

La Direction générale des programmes de la santé par l'entremise de sa Direction de l'assurance-santé et des ressources sanitaires, administre la Loi sur les soins médicaux, et également la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, la Loi sur la Caisse d'aide à la santé et le Programme de formation professionnelle. La Direction générale, de plus, entreprend des études, fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services de santé et autres sujets connexes, administre le programme national de recherche et développement en matière de santé et voit à l'établissement et à la promotion de normes et de lignes de conduite dans le domaine de la santé.

La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, ment administrée par la Direction de l'assurance-santé et des ressources sanitaires, prévoit le paiement d'indemnités, pour les services assurés de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux, aux résidents canadiens qui n'ont pu être couverts par les régimes ou qui ont perdu leur admissibilité sans que ce soit leur faute. Au cours de 1976-1977, les prestations se sont élevées à \$2046,00 qui laisse \$21 709 dans la Caisse.

## Activités d'intérêt

Le Comité consultatif fédéral-provincial sur l'assurance-santé s'est réuni deux fois cette année. Le mandat de ce comité, formé des dirigeants de tous les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation ainsi que de représentants du gouvernement fédéral, est:

- de collaborer sur toutes les questions concernant l'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, les Accords les Réglements en découlant, et la Loi sur les médicaments; et,
- de conseiller les ministres de la Santé, par l'entremise de la conférence des sous-ministres, sur questions liées à l'élaboration, à l'organisation et à l'administration des programmes de santé assurables.

Parmi les questions discutées à ces réunions, mentionnons les renseignements statistiques sur les médicaments qu'exige la Commission anti-inflation; l'évaluation médicale; l'agrément de programmes de formation de main-d'œuvre sanitaire; l'acupuncture en tant que processus expérimental; le projet d'une neuvième réunion de la Classification internationale des maladies; la cotation automatique des réclamations à l'égard de soins



Dans la plupart des provinces, les résidents admissibles sont automatiquement couverts. En Ontario, qu'il y a 15 personnes ou plus inscrites aux listes de soins, les employés doivent être couverts obligatoirement; la couverture est facultative pour le reste de la population. À l'Alberta, les personnes peuvent se retirer du régime à la fin de chaque année; ainsi elles doivent renoncer et au régime provincial d'assurance-hospitalisation et au régime provincial d'assurance-maladie. Pendant l'année financière, le nombre de personnes ayant renoncé aux avantages des régimes en Alberta s'élevait approximativement à 1,9 million. 00, sur une population nette totale de 1,9 million. Colombie-Britannique admettait un régime volontaire. Les régimes provinciaux se sont joints au programme fédéral aux dates suivantes:

1er avril 1969	Manitoba
1er décembre 1970	Nouveau Brunswick
1er janvier 1971	Ontario
1er novembre 1970	Québec
1er octobre 1969	Saskatchewan
1er avril 1969	Terre-Neuve
1er juillet 1968	Colombie-Britannique
1er juillet 1969	Alberta
1er juillet 1968	Manitoba
1er avril 1972	Ontario
1er avril 1971	Québec
1er avril 1971	Terre-Neuve

### Programme de soins médicaux

Au cours de l'année, il y eut d'importantes changements concernant les contributions versées aux provinces par le gouvernement fédéral. Le projet de loi C-68, loi modifiant la Loi sur les soins médicaux, fut sanctionné le 1er juillet 1976. On en parla brièvement dans le Rapport annuel de 1975-1976. Selon cette modification, les contributions du gouvernement fédéral ont continué à être liées aux provinces par les provinces, mais les contributions limitées à 13 p. cent des contributions par habitant aux provinces de \$4 593 604 ou environ \$0,20 par habitant comparativement à ce qu'elles auraient été si elles n'avaient été calculées seulement en fonction des coûts encourus par les provinces, mais les contributions limitées à 13 p. cent des contributions par habitant aux provinces de \$4 593 604 ou environ \$0,20 par habitant comparativement à ce qu'elles auraient été si elles n'avaient été calculées seulement en fonction des coûts encourus par les provinces pour les services assurés. Les contributions des provinces ont été calculées en fonction des coûts de catégories éventuelles de nouveaux services, qui portent sur le plafonnement des contributions par habitant pendant les années à venir, et le partage des coûts de catégories éventuelles de nouveaux services assurés, ont été invalidées. À la fin de 1976, après plusieurs années de négociation, les provinces et le Canada ont accepté notamment de nouveaux arrangements financiers en matière d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation. La Loi

de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, sanctionnée le 31 mars 1977, apporte des changements importants à la Loi sur les soins médicaux. À compter du 1er avril 1977, les contributions fédérales aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'études post-secondaires ne seront plus fonction immédiates des coûts provinciaux, mais prendront la forme d'un transfert aux provinces d'un certain champ d'imposition et de la péréquation qui s'y rattache, ainsi que de paiements en espèces. La contribution fédérale globale, en gros, sera basée sur la valeur relevée courante de la contribution fédérale de 1975-1976 pour les programmes en question. Le champ d'imposition que le gouvernement fédéral cédera ainsi permettra aux provinces de hausser leurs taux d'impôt de façon à retirer le fardeau fiscal dans son ensemble. Les revenus tirés des nouvelles dispositions provinciales devraient normalement augmenter plus rapidement que le taux de croissance du produit national brut. Les versements en espèces seront accordés à condition que les programmes d'assurance-maladie provinciaux satisfassent les critères de la législation fédérale en matière d'assurance-maladie soit la garantie tous risques, l'universalité, l'accessibilité aux services, la transférabilité des prestations et l'administration publique. Au départ, les paiements en espèces équivaleront en gros à la valeur du champ d'imposition transféré, et prendront la forme de paiements par habitant, calculés conformément à la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis. Ces paiements par habitant seront relevés chaque année pour suivre l'évolution du produit national brut, et redressés graduellement de sorte qu'après cinq ans toutes les provinces recevront les mêmes contributions en espèces par habitant. En outre, en vertu de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral accorde annuellement aux provinces depuis le 1er avril 1977, des contributions en espèces par habitant égales et additionnelles afin de les aider à assumer les frais de certains services complémentaires en maison de repos, les soins en établissements pour adultes, les hôpitaux psychiatriques convertis, les soins à domicile (aspects sanitaires) et les soins ambulatoires. La contribution pour les services complémentaires de santé sera de \$20 par habitant pour 1977-1978 et augmentera annuellement de la même manière que les autres contributions en espèces au titre du financement des programmes établis. Les nouveaux accords sur le financement des programmes établis permettent aux provinces de bénéficier de plus fortes sommes comparativement à celles touchées en vertu des arrangements antérieurs et assurent une meilleure uniformité entre les provinces au chapitre des contributions du gouvernement fédéral. Les nouveaux accords leur donnent également plus de flexibilité dans l'utilisation de leurs propres fonds tout en protégeant les normes nationales comprises dans la Loi sur les soins médicaux.

## Description du programme

La Loi sur les soins médicaux (chapitre M-8,

S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre

1966. Conformément aux propositions de la Commission

royale sur les services de santé de 1964, la loi a établi

un programme de subventions aux termes duquel le

gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder, selon

certaines critères minimaux, une aide financière aux

provinces appliquant un régime d'assurance-maladie.

Ces critères sont incorporés dans la loi et obligent les

régimes provinciaux à offrir les caractéristiques suivantes:

**1. La garantie tous risques** couvrant tous les

services nécessaires dispensés par un médecin

ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune

limite monétaire ni exclusion, à moins que les

services ne s'imposent pas du point de vue

médical. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1968, certains

services dentaires dispensés dans les hôpitaux

par des chirurgiens-dentistes sont admissibles.

**2. L'accès aux services nécessaires sans frais**

excessifs. L'accès aux services assurés ne doit

pas être entravé par des frais d'utilisation excessifs

ou autres dispositions.

**3. L'application universelle** à tous les résidents

admissibles de la province participante, à des

conditions uniformes, et couvrant au moins

95 p. cent de la population admissible. Cela permet

l'accès à tous les résidents et évite les discrimi-

nations financières pour raison de santé, d'âge,

de non-appartenance à un groupe ou pour tout

autre motif. En outre, si le régime est financé par

un système de primes, l'autorité provinciale peut

subventionner, en totalité ou en partie, les primes

des personnes de certains groupes d'âges ou à

faible revenu, à condition que tous les résidents

admissibles soient traités équitablement.

**4. La transférabilité des prestations** lorsque le

bénéficiaire s'absente temporairement de sa pro-

vince ou démenage dans une autre province

participante. L'admissibilité comme bénéficiaire

n'est pas liée à une assurance collective par

groupes professionnels, et par conséquent, le

changement d'emploi ou de domicile n'entraîne

aucune suspension de la garantie.

**5. L'administration sans but lucratif** assurée par

un organisme public responsable de ses transac-

tions financières devant le gouvernement

provincial.

Les contributions financières fédérales aux pro-

vinces participantes sont payables depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1968

et sont fondées sur la moitié du coût national par habit

des services assurés par le programme national, multipli

par le nombre de personnes assurées dans chaque pro-

vince. Sont exclus de la population assurable d'une

province les membres des Forces armées canadiennes,

les membres de la Gendarmerie royale du Canada et le

personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans

un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur le

pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente

environ 0,5 p. cent de la population globale. Au cours

de la présente année financière, les contributions finan-

cières fédérales furent, pour la première fois, plafonné

suivie à une modification de la Loi sur les soins médical

sanctionnée le 16 juillet 1976. Cependant, suite à une

entente sur de nouveaux arrangements fiscaux entre le

gouvernement fédéral et les provinces intervenue dans

seconde moitié de l'année, c'est la dernière année finan-

cière au cours de laquelle les contributions fédérales

sont basées sur le coût national par habitant. Ces nouve

accords fiscaux sont décrits plus loin dans le rapport.

Les résidents assurables d'une province participante

qui sont admissibles et qui ont droit aux services assur

en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de

toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des ac

dents du travail, ne sont pas admissibles aux prestation

en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple,

les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux,

en vertu d'autres lois fédérales sont exclus des presta

prévues par la Loi sur les soins médicaux pour tout ce

qui se rapporte à une invalidité donnant droit à une ind

nité. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique

Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les

civils

Loi sur l'indemnisation des employés de l'État

Loi sur l'indemnisation des marins marchands

Loi sur la défense nationale

Loi sur les pensions

Loi sur la Gendarmerie royale du Canada

Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie

royale du Canada

Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale

du Canada

Loi sur la réadaptation des anciens combattants

En 1976-1977, des 23 millions de résidents

canadiens admissibles aux services assurés du program

d'assurance de soins médicaux des différents régimes

provinciaux, presque tous sont assurés.

Son Excellence le très honorable Jules Léger  
Gouverneur général et Commandant en chef du Canada

QU'IL PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport  
annuel sur l'application de la Loi sur les soins médicaux  
pour l'année financière se terminant le 31 mars 1977.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Gouverneur général,  
l'assurance de mon profond respect.

Le ministre de la Santé nationale et  
du Bien-être social  
Monique Bégin







Report annuel

# Soins médicaux

Santé et Bien-être Social | Health and Welfare  
Canada | Canada





Health and Welfare  
Canada

Santé et Bien-être social  
Canada

Canada

Government of Canada  
Gouvernement du Canada

# Medical Care Annual Report

# Soins médicaux Rapport annuel

CAI  
HW  
- A554





17/11/78  
His Excellency the Right Honourable Edward Schreyer,  
Governor General and Commander-in-Chief of Canada.

MAY IT PLEASE YOUR EXCELLENCY:

The undersigned has the honour to present to your Excellency the Annual Report respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1978.

Respectfully submitted,

Monique Bégin,  
Minister of National Health and Welfare.

Son Excellence le très honorable Edward Schreyer,  
Gouverneur général et Commandant en chef du Canada.

QU'IL PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière se terminant le 31 mars 1978.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Gouverneur général, l'assurance de mon profond respect.

Le ministre de la Santé nationale et  
du Bien-être social,  
Monique Bégin





**Annual Report of the Minister of National Health and Welfare respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1978.**

This is the tenth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act and related to operations for the fiscal year ended March 31, 1978.

**Program Description**

The Medical Care Act (chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act established a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make financial contributions to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

1. **Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.
2. **Uninhibited access to necessary services.** The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.
3. **Universal availability** to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five per cent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low-income groups is permitted if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally.
4. **Portability of benefits** when the beneficiary is temporarily absent from his/her own province and when he/she is moving from one participating province to another. Eligibility as a beneficiary is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs or residence.

**Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière se terminant le 31 mars 1978.**

Le présent rapport établi conformément à l'article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le dixième présenté au Parlement, et porte sur la gestion pour l'année financière se terminant le 31 mars 1978.

**Description du programme**

La Loi sur les soins médicaux (chapitre M-8, S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la loi a établi un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder, selon certains critères minimaux, une aide financière aux provinces appliquant un régime de soins médicaux. Ces critères sont incorporés dans la loi et obligent les régimes provinciaux à posséder les caractéristiques suivantes:

1. **La garantie tous risques** couvrant tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune limite monétaire ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1968, certains services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux par des chirurgiens-dentistes sont également prévus.
2. **L'accès libre aux services indispensables.** L'accès aux services assurés ne doit pas être entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions.
3. **L'application universelle** à tous les résidents assurables de la province participante, selon des conditions uniformes, et couvrant au moins 95 p. 100 de la population assurable. Cela permet de garantir l'accès à tous les résidents et d'éviter la discrimination en matière de primes, qu'elle soit fondée sur la santé, l'âge, la non-appartenance à un groupe ou tout autre motif. En outre, si le régime est financé par un système de primes, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, certains groupes d'âge ou d'économiquement faibles, à condition que tous les résidents ayant droit à la garantie soient traités équitablement.
4. **La transférabilité des prestations** lorsque le bénéficiaire s'absente temporairement de sa province ou déménage dans une autre province participante. Le droit à la garantie n'est pas lié à une assurance collective par groupes d'employés, et par conséquent, le changement d'emploi ou de domicile n'entraîne aucune suspension de la garantie.

**5. Administration on a non-profit basis** by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968 and, originally, were based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. As a result of a 1976 amendment to the Medical Care Act, the 1976-77 per capita contribution was limited to 113% of the 1975-76 per capita contribution. This ceiling marginally reduced the level of the federal contribution below 50 per cent of the national per capita cost of insured services for that year. New financial arrangements came into effect this year and are discussed later in this report under the heading "Description of Financial Arrangements".

The Medical Care Act excludes from the insurable population of a province members of the Canadian Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. These exclusions amount to less than 0.5 per cent of the total population.

Insurable residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to workers' compensation are not entitled to benefits under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act  
Civilian War Pensions and Allowances Act  
Government Employees Compensation Act  
Merchant Seaman Compensation Act  
National Defence Act  
Pension Act  
Royal Canadian Mounted Police Act  
Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act  
Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act  
Veterans Rehabilitation Act

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, while coverage is voluntary for

**5. L'administration sans but lucratif** assurée par un organisme public, responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.

Les contributions fédérales ont commencé d'être versées aux provinces participantes le 1<sup>er</sup> juillet 1968 et à l'origine, étaient fondées sur la moitié du coût national par habitant des services assurés par le programme national, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province. Par suite d'une modification apportée en 1976 à la Loi sur les soins médicaux, la contribution par habitant pour 1976-1977 a été limitée à 113 p. 100 de celles versées pour 1975-1976. Ce plafond a légèrement réduit le niveau de la contribution fédérale à moins de 50 p. 100 du coût national par habitant des services assurés pour l'année en question. De nouveaux accords financiers sont entrés en vigueur cette année, et ceux-ci sont examinés sous la rubrique "Description des dispositions financières".

La Loi sur les soins médicaux exclut de la population assurable d'une province les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente moins de 0,5 p. 100 de la population globale.

Les résidents assurables d'une province participante, qui ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidentés du travail, ne peuvent pas recevoir des prestations en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus de la garantie prévue par la Loi sur les soins médicaux en ce qui concerne une affection imputable au service de guerre pour laquelle ils sont déjà indemnisés. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique  
Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils  
Loi sur l'indemnisation des employés de l'État  
Loi sur l'indemnisation des marins marchands  
Loi sur la défense nationale  
Loi sur les pensions  
Loi sur la Gendarmerie royale du Canada  
Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada  
Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada  
Loi sur la réadaptation des anciens combattants

Dans la plupart des provinces, sous réserve que toute condition d'enregistrement soit remplie, les résidents qui ont droit aux soins sont couverts d'office. En Ontario, lorsqu'il y a 15 personnes ou plus inscrites aux listes de paye, les employés du service en question

the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. British Columbia has a voluntary plan.

Virtually 100 per cent of the more than 23 million residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1977-78.

This is the sixth fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least seven years and in most instances for eight or nine years.

The dates of entry of the provincial plans were as follows:

Newfoundland	April 1, 1969
Prince Edward Island	December 1, 1970
Nova Scotia	April 1, 1969
New Brunswick	January 1, 1971
Quebec	November 1, 1970
Ontario	October 1, 1969
Manitoba	April 1, 1969
Saskatchewan	July 1, 1968
Alberta	July 1, 1969
British Columbia	July 1, 1968
Yukon	April 1, 1972
Northwest Territories	April 1, 1971

### Program Changes

Important changes were initiated this year in connection with federal contributions to the provinces. Late in 1976, following several years of negotiations, the provinces and Canada agreed to new financial arrangements for medical care and hospital insurance, among other fiscal matters. This led to the enactment of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, (EPF Act) assented to on March 31, 1977, which contains the formulae for calculating the yearly federal contributions to the provinces.

### Description of Financing Arrangements

Commencing April 1, 1977, federal contributions to the provinces with respect to the established programs of hospital insurance, medical care and post-secondary education, are no longer directly related to provincial costs but take the form of a block fund that includes:

- a) The transfer to the provinces of tax room and associated equalization, and

sont couverts obligatoirement; l'assurance est facultative pour le reste de la population. En Alberta, un particulier peut se retirer du régime à la fin de chaque année, mais une telle décision l'oblige à renoncer à la fois au régime provincial d'assurance-hospitalisation et au régime provincial de soins médicaux. La Colombie-Britannique offre un régime volontaire.

En 1977-1978, des 23 millions de résidents canadiens ayant droit aux services assurés du Programme de soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, presque tous ont bénéficié de la garantie.

L'année 1978 marque la sixième année financière où il existe un régime de soins médicaux dans toutes les provinces. Les régimes provinciaux sont appliqués depuis au moins sept ans et, dans la plupart des cas, depuis huit ou neuf ans.

Les régimes provinciaux se sont joints au programme fédéral aux dates suivantes:

Terre-Neuve	1 <sup>er</sup> avril 1969
Île-du-Prince-Édouard	1 <sup>er</sup> décembre 1970
Nouvelle-Écosse	1 <sup>er</sup> avril 1969
Nouveau-Brunswick	1 <sup>er</sup> janvier 1971
Québec	1 <sup>er</sup> novembre 1970
Ontario	1 <sup>er</sup> octobre 1969
Manitoba	1 <sup>er</sup> avril 1969
Saskatchewan	1 <sup>er</sup> juillet 1968
Alberta	1 <sup>er</sup> juillet 1969
Colombie-Britannique	1 <sup>er</sup> juillet 1968
Yukon	1 <sup>er</sup> avril 1972
Territoires du Nord-Ouest	1 <sup>er</sup> avril 1971

### Changements apportés au programme

Au cours de l'année, certaines modifications importantes ont été apportées au programme concernant les contributions versées aux provinces par le gouvernement fédéral. À la fin de 1976, après plusieurs années de négociation, les provinces et le Canada ont accepté, entre autres choses, de nouveaux arrangements financiers en matière de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation. Cette entente a entraîné l'adoption de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, sanctionnée le 31 mars 1977, qui définit les formules utilisées dans le calcul des contributions fédérales annuelles versées aux provinces.

### Description des accords financiers

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 1977, les contributions fédérales versées aux provinces, relativement aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'études postsecondaires ne sont plus fonction immédiate des frais provinciaux, mais prennent plutôt la forme d'un financement global qui comprend:

- a) le transfert aux provinces d'un certain champ d'imposition et de la péréquation qui s'y rattache, et



b) cash payments.

The total federal contributions for these programs are now, in general terms, based on the current escalated value of the 1975-76 federal contributions for the three programs.

The tax room vacated by the federal government permitted the provinces to increase their tax rates so as to collect additional revenue without necessarily increasing the total tax burden on Canadians.

At the outset, the yearly cash payments to the provinces had approximately the same value as the tax room transferred. The formula for the cash payments is complex and five factors are involved:

- a) 50 per cent of the national average per capita federal contributions to the provinces for the established programs in the base year, 1975-76, plus the cash equivalent of one personal income tax point on a per capita basis (\$7.63);
- b) provincial population;
- c) an escalator consisting of a three-year moving average of the annual rate of growth of the Gross National Product on a per capita basis;
- d) transitional payments to provinces where the tax transfer and associated equalization are less than the value of the basic cash contribution;
- e) levelling adjustments to the basic cash contributions so that all provinces at the end of five years will be receiving equal per capita basic cash contributions.

The Minister of Finance allocates the federal cash contribution to each province among the three established programs on the basis of the proportion for the fiscal year 1975-76. The approximate allocations used for 1977-78, based on estimates, were:

49.9% - Hospital Insurance  
17.7% - Medical Care  
32.4% - Post-Secondary Education

The allocated cash contributions for the health programs are deemed to be the contributions payable under the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act. The cash contributions are payable by the Minister of National Health and Welfare. They are conditional upon the corresponding provincial hospital and medical care insurance plans continuing to meet the program criteria of the federal health insurance legislation respecting comprehensiveness of insured services, universality, accessibility, portability and, in the case of the

b) des versements en espèces.

À l'heure actuelle, la contribution fédérale globale à ces programmes est essentiellement fondée sur la valeur relevée courante de la contribution fédérale de 1975-1976 aux trois programmes.

Le champ d'imposition cédé par le gouvernement fédéral a permis aux provinces de hausser leurs taux d'impôt de façon à retirer des revenus supplémentaires sans nécessairement augmenter le fardeau fiscal dans son ensemble.

Au départ, les versements annuels en espèces équivalaient en gros à la valeur du champ d'imposition transféré. La formule des versements en espèces est complexe et comporte cinq facteurs:

- a) 50 p. 100 de la moyenne nationale de la contribution fédérale par habitant accordée aux provinces, pour les programmes établis au cours de l'année de base 1975-1976, plus l'équivalent en espèces, pour chaque habitant, d'un point fiscal sur le revenu personnel (\$7.63);
- b) la population provinciale;
- c) un facteur de progression, c'est-à-dire une moyenne mobile, calculée sur une période de trois ans, du taux annuel d'accroissement du Produit national brut, par habitant;
- d) des paiements de transition aux provinces lorsque les versements de transfert d'impôt et de péréquation sont inférieurs à la valeur de la contribution de base en espèces;
- e) des redressements pour niveler les contributions de base en espèces, de sorte qu'après cinq ans toutes les provinces recevront les mêmes contributions de base en espèces, par habitant.

Le ministre des Finances répartit la contribution fédérale en espèces accordée à chaque province entre les trois programmes établis, en fonction du prorata pour l'année financière 1975-1976. En fonction des prévisions, la répartition approximative appliquée pour 1977-1978 a été la suivante:

49,9% - assurance-hospitalisation  
17,7% - soins médicaux  
32,4% - études postsecondaires

Les contributions en espèces affectées aux programmes de santé sont considérées comme étant payables en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social est chargé de verser les contributions en espèces. Elles sont conditionnelles, en ce sens que les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux doivent continuer de satisfaire aux critères de la loi fédérale sur l'assurance-santé et concernant la

Medical Care Act, non-profit administration by an agency responsible to the provincial government for its financial transactions. At the same time, provinces now have greater flexibility in the use of their own funds and the federal contributions. The Minister of National Health and Welfare, under the new financing arrangements, continues to be responsible to Parliament for ensuring that the provincial plans continue to meet the program criteria.

The established programs financing arrangements have been legislated for an indefinite term but there is provision in the legislation which makes it possible for the federal government to terminate the arrangements by giving notice effective March 31 of the third year after the year in which notice is given. However, such notice cannot be given until at least two years have elapsed (i.e. earliest date on which notice can be given is subsequent to April 1, 1979).

Also, under the EPF Act, as of April 1, 1977, the federal government is making additional equal per capita cash contributions to the provinces towards the cost of extended health care services not covered by the Medical Care and Hospital Insurance Programs. These services are: nursing home intermediate care, adult residential care, converted mental hospitals, home care (health aspects), and ambulatory health care services. The extended health care services contribution is \$20 per capita for 1977-78, with subsequent yearly escalation in the same manner as the basic cash contributions.

### Selected Changes in Provincial Plans

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans has been continued and no significant difficulties encountered.

Changes in provincial plans during the fiscal year included the following:

- Alberta raised its premium for basic health services, and insured hospital services, effective April 1, 1977, from \$6.40 to \$7.05 monthly for a single person and from \$12.80 to \$14.10 monthly for a family.
- With one exception, increases in the schedules of payments for medical practitioners were implemented in all provinces and territories. As with remuneration increases in other sectors of the economy, these revisions were subject to the purview and criteria of the anti-inflation program.

garantie tous risques des services assurés, l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité et, dans le cas de la Loi sur les soins médicaux, l'administration sans but lucratif par un organisme qui répond de ses opérations financières devant le gouvernement provincial. Par ailleurs, les provinces jouissent maintenant d'une plus grande souplesse quant à l'utilisation de leurs propres fonds et des contributions fédérales. En vertu des nouveaux accords financiers, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social est toujours chargé par le Parlement de s'assurer que les régimes provinciaux continuent de satisfaire aux critères du programme.

Les accords financiers relatifs aux programmes établis sont prévus pour une période indéterminée, mais en vertu d'une disposition de la loi, le gouvernement fédéral peut mettre fin aux accords en donnant un préavis qui entrerait en vigueur au 31 mars de la troisième année suivant celle pendant laquelle l'avis a été donné. Cependant, ce préavis ne peut être donné avant au moins deux ans (c'est-à-dire, au plus tôt le 1<sup>er</sup> avril 1979).

De plus, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral verse aux provinces, depuis le 1<sup>er</sup> avril 1977, des contributions supplémentaires en espèces, soit une somme équivalente pour chacune de celles-ci, calculée selon une formule par habitant, afin de les aider à assumer les frais de certains services complémentaires de santé non prévus par les Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation. Il s'agit des services suivants: les soins courants en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les hôpitaux psychiatriques convertis, les soins à domicile (l'aspect santé) et les soins ambulatoires. La contribution relative aux services complémentaires de santé est de \$20 par habitant pour 1977-1978 et augmentera annuellement de la même manière que les autres contributions en espèces.

### Certains changements apportés aux régimes provinciaux

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements des différents régimes provinciaux s'est poursuivie et aucune difficulté majeure n'a été rencontrée.

Les changements apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont les suivants:

- L'Alberta, à compter du 1<sup>er</sup> avril 1977, a haussé sa prime mensuelle pour les services de santé essentiels et l'assurance-hospitalisation de \$6.40 à \$7.05 pour les personnes seules et de \$12.80 à \$14.10 pour les familles.
- Une majoration des honoraires des médecins praticiens a été appliquée dans toutes les provinces et territoires sauf dans un cas. Tout comme les hausses de rémunération dans les autres secteurs de l'économie, ces révisions ont été effectuées conformément aux conditions et critères du Programme de lutte contre l'inflation.

The Appendix contains a tabular summary of the provincial medical care insurance plans and the hospital insurance plans, as of January 1, 1978. It should be noted, however, that this information is subject to change. Detailed descriptions of each provincial medical care insurance plan may be obtained from the Director, Health Insurance, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

### Medical Care Program - Administration

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all residents of Canada can have access to necessary care on a prepaid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To do this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities.

1. Administration of the Medical Care Act.
2. Provision of advisory services to the provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans.
3. Conducting studies, and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Health Services and Promotion Branch, formerly the Health Programs Branch, is responsible for the administration of the Medical Care Act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, the Health Resources Fund Act and the Professional Training Program. The Branch is also responsible for conducting studies and providing advice on health care services and related matters, administration of the National Health Research and Development Program, the development of health standards and guidelines, and health promotion activities.

The Health Insurance Supplementary Fund, which is administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for the payment of claims for the insured services of the Medical Care and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own. During 1977-78, payments amounted to \$268, leaving a balance of \$21 441 in the Fund.

L'annexe comprend un tableau récapitulatif des régimes provinciaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation, au 1<sup>er</sup> janvier 1978. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements ne sont pas invariables. Il est possible d'obtenir une description détaillée de tous les régimes provinciaux de soins médicaux en s'adressant au Directeur de l'Assurance-santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario), K1A 1B4.

### Programme de soins médicaux - Administration

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tous les habitants du Canada l'accès aux soins médicaux nécessaires, payés d'avance, et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour garantir son efficacité, le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentés:

1. l'application de la Loi sur les soins médicaux;
2. la création de services consultatifs, destinés aux provinces, sur les divers aspects des régimes provinciaux de soins médicaux;
3. la conduite d'études et la création de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, destinés aux provinces et aux organismes intéressés, dans le domaine de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.

La Direction générale des services et de la promotion de la santé, anciennement la Direction générale des programmes de la santé, est chargée de surveiller l'application de la Loi sur les soins médicaux, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, de la Loi sur la Caisse d'aide à la santé et du Programme de formation professionnelle. De plus, la Direction générale entreprend des études, fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services de santé et autres sujets connexes, gère le programme national de recherche et développement en matière de santé, et voit à la création de normes et de lignes de conduite dans le domaine de la santé et à l'organisation des activités de promotion de la santé.

La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, prévoit le paiement d'indemnités, pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, aux habitants du Canada qui n'ont pu obtenir la garantie ou qui ont perdu leur droit à celle-ci sans que ce soit leur faute. Au cours de l'année 1977-1978, les versements se sont élevés à \$268, laissant un solde de \$21 441 dans la Caisse.



## Selected Activities

The federal-provincial Advisory Committee on Health Insurance met twice during the year. The terms of reference of this Committee, which consisted of senior provincial and territorial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government, were:

- to collaborate on all matters concerning the administration of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, Agreements and Regulations thereunder, and the Medical Care Act; and
- to advise the Ministers of Health, through the Conference of Deputy Ministers of Health, on other matters related to the development, organization and administration of insurable health programs, including such aspects as scope, quality, quantity, cost effectiveness and standards.

Items of particular interest discussed at these meetings included: continuing development of guidelines for special services in hospitals; established programs financing; interprovincial agreement on non-residents in provincial mental hospitals; standard outpatient rates for insured services provided in other provinces; design guidelines for health facilities; the standards program for health care technology being developed by the Canadian Standards Association; bone marrow transplant services; the report of the Isolation Facilities Working Group; the Red Cross Budget for the Blood Transfusion and Donor Recruitment Services and inter-provincial comparative data on major surgical procedures.

The Advisory Committee on Health Insurance ceased to exist when the Conference of Deputy Ministers of Health, at its meeting of December 8 and 9, 1977, approved a proposal for a revised federal-provincial advisory committee structure. The Conference approved guidelines for improving the operation of committees and other groups and for making them more responsive to the objectives of the Deputy Ministers. The Advisory Committee on Institutional Care Services was created and will now be the forum for representatives of the provincial and territorial medical care and hospital insurance plans and representatives of the federal government to discuss matters of mutual interest and concern.

The provision of data on physicians' earnings and expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations continued during the year. Similar studies of other categories of health professionals were also continued at the request of the provinces. An on-going study of the estimated average working life of different kinds

## Activités d'intérêt

Le Comité consultatif fédéral-provincial de l'assurance-santé s'est réuni deux fois cette année. Formé des dirigeants provinciaux et territoriaux des régimes d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral, ce comité avait le mandat suivant:

- de collaborer au règlement de toute question touchant l'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, des accords et règlements prévus par celle-ci et de la Loi sur les soins médicaux; et,
- de conseiller les ministres de la Santé, par l'entremise de la conférence des sous-ministres de la santé, sur les questions liées à la création, à l'organisation et à la gestion des programmes d'assurance-santé y compris ce qui touche la portée, la qualité, la quantité, la rentabilité et les normes de ceux-ci.

Parmi les questions soulevées pendant ces réunions, mentionnons la mise au point en permanence de lignes directrices sur les services spéciaux offerts dans les hôpitaux; le financement des programmes établis; l'entente interprovinciale concernant les non-résidents dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux; les taux normaux des services assurés, dispensés aux clients venant d'une autre province, dans les cliniques de consultation externe; les lignes directrices sur la conception des établissements sanitaires; le programme de normes sur les techniques de soins médicaux lancé par l'Association canadienne de normalisation; les services de greffes de la moelle osseuse; le rapport du Groupe de travail sur les installations d'isolement; la portion du budget de la Croix-Rouge affectée aux services de transfusion sanguine et de recrutement des donneurs de sang; et les données comparatives interprovinciales sur les principales techniques chirurgicales.

Le Comité consultatif de l'assurance-santé a cessé d'exister lorsque la Conférence des sous-ministres de la santé, au cours de sa réunion des 8 et 9 décembre 1977, a approuvé une proposition visant à modifier la structure du Comité consultatif fédéral-provincial. La Conférence a approuvé des lignes directrices ayant pour but d'améliorer l'organisation des comités et autres groupes et de les rendre plus sensibles à la réalisation des objectifs des sous-ministres. Le Comité consultatif des services de soins en établissement a été créé afin de permettre aux représentants des régimes provinciaux et territoriaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation et à ceux du gouvernement fédéral de discuter de questions d'intérêt mutuel.

Au cours de l'année, on a continué de fournir des données sur les gains et les dépenses des médecins aux régimes provinciaux de soins médicaux et aux associations médicales provinciales. À la demande des provinces, des études analogues sur d'autres catégories de spécialistes de la santé ont également été poursuivies. De plus, à la demande de l'Association



of physicians, undertaken at the request of the Canadian Medical Association, also continued. Information derived from this study is of assistance in determining appropriate fee differentials. In-depth comparative analyses of utilization and cost experience of the provincial medical care insurance plans were also undertaken by the Health Services and Promotion Branch. The latest available publication on this subject is Medical Care-Statistical Supplement to the Annual Report 1975-76 which may be obtained from the Publications Coordinator, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario K1A 1B4.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations, academics, and representatives of foreign governments interested in Canada's national health insurance programs. These included the Secretary of the U.S. Department of Health, Education, and Welfare, other senior U.S. government officials, and the U.S. Committee on National Health Insurance. International interest in the Canadian programs also continued to be reflected in the requests for information received by the Department.

**Financial Experience**

Payments by Canada to the provinces and territories for the fiscal years 1974-75 to 1977-78 are detailed in Table 1.

During the fiscal year 1977-78, federal payments to the provinces and territories totaled \$598 352 307 and consisted of:

- a) advances with respect to 1977-78 contributions under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977

\$574 462 000

- b) adjustment payments with respect to 1976-77 under the Medical Care Act

\$ 23 890 307

médicale canadienne; il y a une étude en cours sur la vie professionnelle typique des médecins de différentes catégories. Les renseignements provenant de cette étude aident à déterminer les tarifs différentiels appropriés. La Direction générale des services et de la promotion de la santé a aussi entrepris des analyses comparatives approfondies de l'utilisation et du coût des régimes provinciaux de soins médicaux. L'ouvrage le plus récent sur cette question s'intitule Soins médicaux-Statistiques supplémentaires au rapport annuel de 1975-1976. On peut se le procurer auprès du coordonnateur des publications, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Des échanges de renseignements et de points de vue se sont maintenus avec les hauts fonctionnaires provinciaux, les universitaires et les représentants d'associations professionnelles et de gouvernements étrangers témoignant de l'intérêt aux programmes nationaux d'assurance-santé au Canada. Parmi ces derniers, on compte le secrétaire du Department of Health, Education, and Welfare des États-Unis, d'autres hauts fonctionnaires des États-Unis et les membres du Committee on National Health Insurance des États-Unis. L'intérêt qu'on porte à l'échelle internationale aux programmes canadiens continue de se manifester par le nombre élevé de demandes de renseignements adressées au Ministère.

**Rapport financier**

Les versements du Canada aux provinces et aux territoires pour les années financières de 1974-1975 à 1977-1978 sont indiqués au Tableau 1.

Au cours de l'année financière 1977-1978, les versements fédéraux aux provinces et territoires se sont chiffrés à environ \$598 352 307 et comprenaient:

- a) des versements anticipés sur les contributions de 1977-1978, en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis

\$574 462 000

- b) des versements de redressement pour l'année 1976-1977 aux termes de la Loi sur les soins médicaux

\$ 23 890 307

Table 1  
Medical Care Program  
Payments by Canada to Provinces in Fiscal Years 1974-75 to 1977-78

Programme de soins médicaux  
Versements du Canada aux provinces pour les années financières 1974-1975 à 1977-1978

	1974-75	1975-76	1976-77	1977-78 E.P.F. Act Loi sur le FPE(1)	Medical Care Act Loi sur les soins médicaux	Total
Newfoundland/Terre-Neuve	18 343 926	19 034 375	24 148 205	14 508 000	733 534	15 241 534
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	3 949 492	4 104 016	5 177 671	2 898 000	66 271	2 964 271
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	27 208 443	28 276 977	35 593 044	22 816 000	898 381	23 714 381
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	22 390 137	23 531 870	29 746 267	17 638 000(2)	398 037	18 036 037
Quebec/Québec	207 172 463	215 650 460	270 395 168	132 716 000	7 310 476	140 026 476
Ontario	275 166 761	287 661 034	359 962 821	221 646 000	7 631 889	229 277 889
Manitoba	34 932 708	35 701 475	45 041 515	28 592 000	1 084 643	29 676 643
Saskatchewan	30 626 697	32 092 321	41 881 646	24 994 000	594 448	25 588 448
Alberta	59 424 306	61 362 860	82 336 428	49 650 000	2 790 241	52 440 241
British Columbia/Colombie-Britannique	81 561 066	86 368 370	106 717 451	57 348 000	2 097 465	59 445 465
Yukon Territory/Territoire du Yukon	678 009	695 501	930 579	520 000	59 229	579 229
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1 255 937	1 276 606	1 652 156	1 136 000	225 693	1 361 693
Canada	762 689 945	795 755 865	1 003 582 951	574 462 000	23 890 307	598 352 307
(continued on: Continuons):						
a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year/Des versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours; AND/ET	702 914 400	767 147 400	931 847 048	574 462 000	-	574 462 000
b) Final adjustment payments with respect to the previous fiscal year/Les paiements de redressement final pour l'année financière précédente	59 775 545	28 608 465	71 735 903	-	23 890 307	23 890 307
Total Payments/Sommes globales	762 689 945	795 755 865	1 003 582 951	574 462 000	23 890 307	598 352 307

(1) Figures in respect of fiscal year 1977-78 include payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, which are deemed to be payments within the meaning of the Medical Care Act.

Les chiffres pour l'année financière 1977-1978 comprennent les paiements versés en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sont le résultat des paiements établis et créés par la Loi sur les services médicaux.

(2) Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care and Post-Secondary Education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer.

La province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études post-secondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'imôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et, du transfert d'imôts.

## Analysis of Cost Changes\*

As mentioned above, 1977-78 was the first year in which federal contributions were calculated in accordance with the provisions of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977. As federal contributions are no longer based upon actual provincial costs for insured services, several provinces made changes in reporting arrangements, and in particular they ceased to compile detailed information on non-fee payments to physicians. Because non-fee costs for 1977-78 were partly estimated they are included in the following comparisons for the record only, and should be treated with caution.

Unadjusted aggregate and per capita costs increased at the rates shown in Table 2 for the period 1971-72, the first full year of participation of all ten provinces, to 1977-78:

Table 2/Tableau 2  
Annual Rates of change of unadjusted aggregate and per capita costs  
Taux annuels de variation des frais globaux et frais par habitant non redressés

	Per Cent Change per Year Variation annuelle en pourcentage	
	<u>Aggregate Costs</u> <u>Frais globaux</u>	<u>Per Capita Costs</u> <u>Frais par habitant</u>
1971-72 to/à 1976-77	10.3	8.8
1976-77 to/à 1977-78	10.4	9.4
1971-72 to/à 1977-78	10.4	8.9

For a number of reasons the year-to-year changes shown in Table 2 are not comparable. For example, reported program costs for 1977-78 include about \$150 million for laboratory and radiology services which had been treated as Hospital Insurance Program costs in 1976-77 and some earlier years.

The comparisons shown in Table 3 are based upon data which have been partly adjusted to improve year-to-year comparability. Adjustments allow for the normalization of insured person counts, retroactive changes in payments, and the above noted temporary transfer of certain laboratory and radiology costs from the Medical Care Program to the Hospital Insurance Program. The latter adjustment is based upon the assumption that the temporary transfers had never occurred. Not taken into account in the following comparisons are major increases or decreases in

## Analyse des variations relatives aux frais\*

Comme nous l'avons déjà vu, l'année 1977-1978 marquait la première année où les contributions fédérales ont été calculées conformément à la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis. Ces contributions n'étant plus établies en fonction des frais réels des services assurés dans chacune des provinces, plusieurs de celles-ci ont modifié leur méthode de communication des données et, plus particulièrement, ont cessé de réunir des renseignements détaillés sur les versements aux médecins non rémunérés à l'acte. Comme ces frais pour l'année 1977-1978 sont en partie évalués, ils ne sont inclus dans les comparaisons suivantes qu'à titre de renseignements et doivent être utilisés avec prudence.

Les frais globaux et les frais par habitant non redressés ont augmenté aux taux indiqués au Tableau 2 durant la période de 1971-1972, soit la première année marquant la participation de toutes les provinces, à 1977-1978:

Per Cent Change per Year  
Variation annuelle en pourcentage

	<u>Aggregate Costs</u> <u>Frais globaux</u>	<u>Per Capita Costs</u> <u>Frais par habitant</u>
1971-72 to/à 1976-77	10.3	8.8
1976-77 to/à 1977-78	10.4	9.4
1971-72 to/à 1977-78	10.4	8.9

Pour diverses raisons, les variations annuelles indiquées au Tableau 2 ne sont pas comparables. Par exemple, les frais communiqués pour 1977-1978 comprennent environ 150 millions de dollars pour les services de laboratoire et de radiologie, dont les frais étaient inscrits au programme d'assurance-hospitalisation en 1976-1977 et certaines autres années.

Les chiffres indiqués au Tableau 3 sont fondés sur des données partiellement redressées afin de faciliter la comparaison d'une année à l'autre. Les redressements prévoient la normalisation des dénombrements de personnes assurées, les changements avec effet rétroactif apportés aux versements et le transfert provisoire de certains frais de laboratoire et de radiologie du programme de soins médicaux à celui d'assurance-hospitalisation. Ce dernier redressement est fondé sur l'hypothèse que les transferts provisoires n'ont jamais eu lieu. Les comparaisons suivantes

\*Excludes Yukon and Northwest Territories.

\*Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest exclus.

claims inventories, i.e. year-to-year changes in the estimated value of services rendered on a fee-for-service basis, but not paid, at the end of the fiscal year.

ne tiennent pas compte des augmentations ou diminutions importantes du nombre de demandes de paiement, c'est-à-dire des variations annuelles de la valeur approximative des services rémunérés à l'acte, déjà dispensés, mais non payés à la fin de l'année financière.

Table 3/Tableau 3

Annual Rates of change of partially adjusted aggregate and per capita costs

Taux annuels de variation des frais globaux et frais par habitant partiellement redressés

	Per Cent Change per Year Variation annuelle en pourcentage	
	<u>Aggregate Costs</u> <u>Frais globaux</u>	<u>Per Capita Costs</u> <u>Frais par habitant</u>
1971-72 to/à 1976-77	12.3	10.7
1976-77 to/à 1977-78	3.2	2.1
1971-72 to/à 1977-78	10.7	9.2

As provinces gained experience in the administration of medical care plans, most of them lowered their claims inventories over time. Furthermore, towards the end of the fiscal year 1976-77, several provinces sharply reduced their claims inventories to maximize federal contributions before the pending changes in federal-provincial financing arrangements came into effect. The additional payments made in 1976-77 tended to be missing from program costs reported in 1977-78. Making adjustments for major changes in claims inventories results in fully adjusted program costs and these are shown in Table 4.

À mesure que les provinces ont acquis de l'expérience en ce qui concerne l'administration des régimes de soins médicaux, la plupart d'entre elles ont diminué le nombre de demandes de paiement. Vers la fin de l'année financière 1976-1977, d'ailleurs, plusieurs provinces ont réduit considérablement le nombre de demandes afin de maximiser les contributions du gouvernement fédéral avant la mise en vigueur des modifications apportées aux accords financiers fédéraux-provinciaux. En général, les déclarations de frais présentées en 1977-1978 ne comprenaient pas les paiements supplémentaires versés en 1976-1977. Une correction des chiffres pour tenir compte des principales variations du nombre de demandes de paiement permet de donner les frais entièrement redressés. Voir le Tableau 4.

Table 4/Tableau 4

Annual Rates of change of fully adjusted aggregate and per capita costs

Taux annuels de variation des frais globaux et frais par habitant entièrement redressés

	Per Cent Change per Year Variation annuelle en pourcentage	
	<u>Aggregate Costs</u> <u>Frais globaux</u>	<u>Per Capita Costs</u> <u>Frais par habitant</u>
1971-72 to/à 1976-77	11.3	9.7
1976-77 to/à 1977-78	10.1	9.0
1971-72 to/à 1977-78	11.1	9.6

All of the following comparisons are based upon fully adjusted costs.

Toutes les comparaisons suivantes reposent sur les frais entièrement redressés.



Total program costs, illustrated in Table 5, consist of the fee payments to physicians, non-fee payments to physicians, and the costs of insured dental services. For purposes of the following comparisons of annual growth rates the two last-mentioned components are combined. In all years these two components accounted for about 5.9 per cent to 6.2 per cent of fully adjusted program costs.

Le coût total du programme, indiqué au Tableau 5, comprend les versements aux médecins rémunérés à l'acte, les versements aux médecins non rémunérés à l'acte et les frais des services dentaires assurés. Afin de permettre les comparaisons suivantes du taux annuel d'accroissement, les deux derniers éléments susmentionnés sont réunis. Pour n'importe quelle année, ces deux éléments ont représenté entre 5,9 p. 100 à 6,2 p. 100 des frais entièrement redressés.

Table 5/ Tableau 5

Annual rates of change of the major components of fully adjusted Program costs

Taux annuels de variation des frais entièrement redressés du programme, par composantes principales

		Per Cent Change per Year Variation annuelle en pourcentage	
	Fee Payments to Physicians <u>Versements aux médecins rémunérés à l'acte</u>	Non-Fee Payments and Costs of Dental Services <u>Versements aux médecins non- rémunérés à l'acte et frais des services dentaires</u>	Total Program Costs <u>Coût total du programme</u>
1971-72 to/à 1976-77	11.3	11.8	11.3
1976-77 to/à 1977-78	10.0	11.6	10.1
1971-72 to/à 1977-78	11.1	11.8	11.1

Changes in fee payments to physicians are illustrated in Table 6. Among the factors contributing to changes in these fee payments to physicians are population growth, changes in the number of physicians, payment schedule revisions, and changes in the utilization of services.

Les modifications apportées aux versements aux médecins figurent au Tableau 6. Parmi les facteurs pouvant entraîner une modification des versements aux médecins rémunérés à l'acte, nommons l'accroissement de la population, la variation du nombre de médecins, les révisions des barèmes d'honoraires et les changements en matière d'utilisation des services.

Table 6/ Tableau 6

Annual rates of change of selected factors contributing to changes in fee payments

Taux annuels de variation de certains facteurs pouvant entraîner une modification des versements aux médecins

		Per Cent Change per Year Variation annuelle en pourcentage		
	Number of Insured Persons <u>Nombre de personnes assurées</u>	Per Capita Number of Fee Practice Physicians <u>Nombre de médecins rémunérés à l'acte par habitant</u>	Payment Schedules <u>Barèmes d'honoraires</u>	Utilization <u>Utilisation</u>
1971-72 to/à 1976-77	1.4	3.8	4.2	1.4
1976-77 to/à 1977-78	1.0	2.2	7.8	-1.1
1971-72 to/à 1977-78	1.4	3.6	4.8	1.0

Fee Payments  
to  
Physicians  
Versements aux  
médecins  
rémunérés  
à l'acte

The utilization factor is a residual one and reflects changes in fee payments for reasons other than population growth, increases in the per capita number of physicians, and revisions of payment schedules. It is equivalent to changes in utilization per physician. If it is assumed that utilization, as calculated here, can be regarded as a measure of the volume of services, the above figures indicate that the number of services per physician increased by about 1.0 per cent per year from 1971-72 to 1977-78. However, the volume assumption must be made with some caution as the utilization factor can also reflect some changes to more, or less, expensive services and may not be entirely due to volume change.

Alternatively, when omitting from consideration changes in the per capita number of physicians, the utilization factor becomes a measure of changes in utilization per insured person. From 1971-72 to 1977-78 the volume of services per insured person increased at an average rate of 4.6 per cent per year. Utilization per insured person may grow or decline as a result of such factors as changes in the age-sex and urban-rural distribution of the covered population, technological progress, and changes in the public's perception of the value of medical care. Taking into account payment schedule revisions, the figures also show that increases in fee payments per fee practice physician in the ten provinces averaged 5.8 per cent per year during the 6-year period.

Table 7 shows the extent to which the various factors mentioned above contributed to increases in total payments to physicians. The results are expressed in terms of percentages and corresponding dollar amounts. For purposes of the calculation it is assumed that increases in the per capita number of physicians tend to cause same-size changes in per capita costs.

Le facteur "utilisation" est une valeur résiduelle et reflète donc les changements apportés aux versements d'honoraires pour des raisons autres que l'accroissement de la population, l'augmentation du nombre de médecins par habitant et les modifications aux barèmes de paiement. Il représente les changements notés en matière d'utilisation, par médecin. Si l'on présume que l'utilisation, de la façon dont elle est calculée ici, représente le volume des services dispensés, les chiffres ci-dessus indiquent que le nombre de services offerts par médecin a augmenté annuellement d'environ 1 p. 100 entre 1971-1972 et 1977-1978. Toutefois, il faut être prudent en passant l'hypothèse quant au volume des services, le facteur "utilisation" pouvant également représenter certaines modifications en matière d'utilisation de services plus, ou moins, coûteux qui ne résultent pas forcément d'un simple changement de volume.

D'autre part, si l'on ne tient pas compte des changements quant au nombre de médecins par habitant, le facteur "utilisation" représente les changements en matière d'utilisation, par personne assurée. De 1971- 1972 à 1977-1978, le nombre des services dispensés, par personne assurée, a augmenté à un rythme moyen de 4,6 p. 100 chaque année. L'utilisation des services, par personne assurée, peut augmenter ou diminuer en fonction de l'évolution de divers facteurs, tels que la répartition urbano-rurale, l'âge et le sexe des personnes assurées, les découvertes technologiques et la valeur des soins médicaux aux yeux du public. Compte tenu des modifications apportées aux barèmes d'honoraires, ces chiffres permettent d'établir que l'augmentation annuelle des versements aux médecins rémunérés à l'acte dans les dix provinces a atteint, en moyenne, 5,8 p. 100 au cours de la période de six ans.

Le Tableau 7 montre jusqu'à quel point les divers facteurs susmentionnés ont contribué à l'augmentation des versements totaux aux médecins rémunérés à l'acte. Les résultats sont présentés en pourcentage et en dollars. Aux fins du calcul, on suppose que l'accroissement du nombre de médecins par habitant entraîne une augmentation aussi importante des frais par habitant.

Table 7/Tableau 7

Extent to which selected factors contributed to increases in total fee payments to physicians

Contribution de certains facteurs choisis à l'accroissement des versements totaux aux médecins rémunérés à l'acte

	Number of Insured Persons <u>Nombre de personnes assurées</u>	Per Capita Number of Fee Practice Physicians <u>Nombre de médecins rémunérés à l'acte par habitant</u>	<u>Annual Averages</u> <u>Moyennes annuelles</u>		Fee Payments to Physicians <u>Versements aux médecins rémunérés à l'acte</u>
			<u>Payment Schedules Barèmes d'hono- raires</u>	<u>Utilization Utilisation</u>	
<u>Per Cent of Increase(%)</u> <u>Augmentation en pourcentage (p. 100)</u>					
1971-72 to/à 1976-77	13.2	35.3	38.3	13.2	100.0
1976-77 to/à 1977-78	10.2	22.6	78.7	-11.5	100.0
1971-72 to/à 1977-78	12.7	33.4	44.5	9.4	100.0
<u>Dollar Amounts (\$000 000)</u> <u>Augmentation en dollars (\$000 000)</u>					
1971-72 to/à 1976-77	20.8	55.7	60.5	20.9	157.9
1976-77 to/à 1977-78	19.4	43.2	150.3	-21.9	191.0
1971-72 to/à 1977-78	20.8	54.5	72.7	15.4	163.4

Expressed in another way, the figures in Table 7 show that adjusted fee payments to physicians by the ten provincial medical care insurance plans increased by about \$980 million, from 1971-72 to 1977-78. About 45 per cent of this amount, or \$435 million, was the result of price changes, and a further \$125 million was due to population growth. Utilization per insured person accounted for about \$420 million. The last-mentioned, in turn, can be regarded as consisting of changes in the per capita supply of physicians (\$330 million) and changes in the utilization per physician (\$90 million).

Or, looking at it from yet another perspective, increases in payments per physician represented about 54 per cent of the total increase in fee payments, or \$525 million. Increases in the number of fee practice physicians accounted for the remaining 46 per cent, or approximately \$455 million.

En d'autres mots, ces chiffres indiquent que les versements redressés accordés aux médecins rémunérés à l'acte par les dix régimes provinciaux de soins médicaux ont augmenté d'environ 980 millions de dollars de 1971-1972 à 1977-1978. Près de 45 p. 100 de ce montant, ou 435 millions de dollars, résulte de modifications des tarifs, et une autre tranche de 125 millions de dollars, de l'accroissement de la population. L'utilisation par personne assurée représente quelque 420 millions de dollars. Quant au dernier facteur susmentionné, on peut considérer qu'il reflète les fluctuations à la fois du nombre de médecins par habitant (330 millions de dollars) et de l'utilisation par médecin (90 millions de dollars).

Ou, d'un autre point de vue, les augmentations de la somme versée à chaque médecin représentent près de 54 p. 100 de l'augmentation totale des versements aux médecins rémunérés à l'acte, soit 525 millions de dollars. L'accroissement du nombre de médecins rémunérés à l'acte explique les 46 p. 100 restants, soit environ 455 millions de dollars.

SUMMARY OF PROVINCIAL HEALTH INSURANCE PLANS (JANUARY 1, 1978)  
RÉSUMÉ DES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-SANTÉ (1<sup>er</sup> JANVIER 1978)

- NOTE:** The summary does not include many health services which are provided by provincial health departments on a universal basis (e.g. health unit services, institutional care for tuberculosis and mental patients, venereal disease control, home care programs).
- REMARQUE:** De nombreux services de santé qui sont fournis par les ministères provinciaux de la Santé en vertu d'un régime universel ne sont pas compris dans le présent résumé (par exemple, les services offerts par les unités sanitaires, les soins dispensés dans les sanatoriums antituberculeux et dans les hôpitaux psychiatriques, la lutte contre les maladies vénériennes, les programmes de soins à domicile).

NEWFOUNDLAND

TERRE-NEUVE

Medical Care Insurance

Régime de soins médicaux

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Additional benefits (b): Children's Dental Health Program available to children up to 11 years of age. This program is administered by the Department of Health.

Services assurés supplémentaires (b): un programme d'hygiène dentaire disponible aux enfants jusqu'à l'âge de 11 ans. Ce programme est administré par le ministère de la Santé.

Premium per month: none

Prime mensuelle: aucune.

Hospital Insurance

Régime d'assurance-hospitalisation

Standard benefits (c):

Services assurés ordinaires (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Out-patient: Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy, where available; occupational therapy, where available; out-patient visits; emergency visits; operating room facilities, including supplies; plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, la radiographie et d'autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; la radiothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie si ces services sont disponibles; les visites à l'unité de consultation externe et à l'urgence; l'usage du bloc opératoire y compris l'équipement, les fournitures, les plâtres et les médicaments ainsi que le matériel médical et chirurgical dispensé à l'hôpital.

Out-of-province benefits (c): Same benefits as provided in the province.

Services assurés hors de la province (c): les mêmes services que ceux qui sont assurés dans la province.

Authorized charges: none. Effective April 1, 1978, there will be a standard ward charge of \$3.00 per day, up to a maximum of 15 days per admission. Re-admission within 60 days of discharge in connection with the same illness or condition will be limited to the \$45 maximum charge. Patients aged 65 years and over and patients certified by the Department of Social Services as being unable to pay will not be subject to the \$3.00 ward charge.

Frais autorisés: aucuns. À compter du 1<sup>er</sup> avril 1978, on exigera une somme de \$3 par jour pour la salle, jusqu'à un maximum de 15 jours par admission. En cas de réadmission pour la même condition ou maladie dans les 60 jours qui suivent le congé, la somme maximale exigée sera de \$45. Les patients âgés de 65 ans et plus et ceux qui sont reconnus par le ministère des Services sociaux comme étant incapables de payer n'auront pas à déboursier cette somme de \$3.



## PRINCE EDWARD ISLAND

### Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Premium per month: none

### Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory procedures as specified, radiological procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as in-patient services.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard ward rate or rate authorized for out-patient services of host province in case of: 1) emergency, 2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be treated adequately in P.E.I. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the three major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

Outside Canada: In-patient services only to maximum of:

1) emergency - up to \$100 per day towards costs of hospital room charges and 75% of balance of cost of insured services. 2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada - standard ward rate for hospital and all necessary essential services. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the three major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

Authorized charges: none

## ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Prime mensuelle: aucune.

### Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire tels qu'ils sont précisés, les services de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs; les médicaments, les substances biologiques et les autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services approuvés comme services dispensés aux malades hospitalisés.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: le tarif de la salle ou les frais autorisés par la province hôte pour les services de consultation externe pour: 1) les cas d'urgence, et pour 2) les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission, pour des conditions qui ne peuvent pas être traitées de façon adéquate dans l'Île-du-Prince-Édouard. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les trois plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés seulement jusqu'à un maximum:

1) pour les cas d'urgence - de \$100 par jour pour le tarif d'une chambre d'hôpital et 75% des coûts restants des services assurés; 2) pour les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission pour des conditions qui ne peuvent pas être traitées de façon adéquate au Canada - le tarif de la salle dans un hôpital et tous les services essentiels nécessaires. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les trois plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Frais autorisés: aucuns.

## NOVA SCOTIA

### Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Optometric visual analysis; dental plan for children born after January 1, 1967, or for students registered with the School for the Blind; Pharmacare plan for residents 65 years and over; cystic fibrosis program; diabetes insipidus drug program, effective April 1, 1978; hare lip/cleft palate dental program.

Premium per month: none

### Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electro-encephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, as well as specified hospital services when required for emergency diagnoses and treatment within 48 hours of an accident and specified hospital services in connection with various minor medical and surgical procedures.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Inpatient only for (a) emergencies and (b) with prior approval of Commission of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician.

Outside Canada: Ward rate up to \$100 per day plus 75% of the remainder except for infants less than

## NOUVELLE-ÉCOSSE

### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): l'examen du champ visuel rendu par un optométriste. Le Régime d'assurance dentaire pour enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 1967, ou pour les étudiants inscrits au School for the Blind (École pour aveugles); le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les résidents âgés de 65 ans et plus; le programme de la fibrose kystique; le programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide, en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1978; le programme de soins dentaires pour les personnes affligées d'un bec-de-lièvre ou d'une fissure palatine.

Prime mensuelle: aucune.

### Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, et requis du point de vue médical y compris: les tests de laboratoire et les examens électro-encéphalographiques et radiologiques; la radiothérapie pour les conditions malignes et bénignes, les électrocardiogrammes, les installations de physiothérapie, s'il y en a; divers médicaments, les services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, l'hémodialyse, les procédés diagnostiques au moyen des ultrasons et l'analyse des résultats, les électrocardiogrammes et l'analyse des résultats ainsi que les services hospitaliers approuvés lorsqu'ils sont nécessaires pour le diagnostic et le traitement de cas d'urgence dans les 48 heures suivant un accident et les services hospitaliers approuvés nécessaires à diverses interventions chirurgicales ou médicales d'ordre mineur.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: les services dispensés aux malades hospitalisés seulement pour: a) les cas d'urgence et pour b) les cas qui sont dirigés hors de la Nouvelle-Écosse pour des raisons médicales par un médecin de la Nouvelle-Écosse et avec l'approbation préalable de la Commission.

Hors du Canada: le tarif de la salle jusqu'à concurrence de \$100 par jour, plus 75% des frais

15 days old, then up to \$11 per day. (Effective May 1, 1978, out-of-province out-patient services covered at specified rates.)

Authorized charges: none

## NEW BRUNSWICK

### Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Prescription Drug Program for beneficiaries who are 65 years and over, for those with cystic fibrosis and for those who are social service benefit recipients.

Premium per month: none

### Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All approved available services.

Out-of-province benefits (c):

In Canada: Complete in-patient coverage at standard ward rate approved by hospital's provincial plan. Out-patient: Total amount charged for entitled services at rates approved by hospital's provincial plan.

Outside Canada: In-patient coverage: All-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three largest New Brunswick hospitals. Out-patient coverage: Entitled out-patient services at New Brunswick rates. The rates for out-of-province benefits, both for medical care and hospital insurance, apply only in the case of: (a) emergency, (b) temporary absence from province for education, (c) referral by a New Brunswick physician with prior approval of the Department of Health, (d) special services not being available in New Brunswick, (e) the treatment being required up to the first day of the third month following the month of arrival at a new residence following a permanent move.

See notes on page 29

restants sauf pour les nourrissons de moins de 15 jours qui sont couverts jusqu'à concurrence de \$11 par jour. À compter du 1<sup>er</sup> mai 1978, les services de consultation externe reçus hors de la province seront couverts aux taux prescrits.

Frais autorisés: aucuns.

## NOUVEAU-BRUNSWICK

### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): programme de médicaments prescrits pour les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus, pour ceux atteints de fibrose kystique et pour les bénéficiaires de prestations d'aide sociale.

Prime mensuelle: aucune.

### Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: tous les services disponibles approuvés.

Services hors de la province (c):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: protection complète au tarif de la salle approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province. Services de consultation externe: la totalité des frais des services assurés au tarif approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tous les frais ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (au dollar le plus près) des trois plus grands hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Services de consultation externe: les services assurés des cliniques de consultation externe aux tarifs du Nouveau-Brunswick. Les prestations pour les services reçus à l'extérieur de la province, que ce soit pour des services couverts par le Régime de soins médicaux ou le Régime d'assurance-hospitalisation, ne s'appliquent que dans les cas suivants: a) les cas d'urgence, b) l'absence temporaire de la province pour raison d'études, c) le patient dirigé hors de la province, par un médecin du Nouveau-Brunswick, avec l'approbation préalable du ministère de la Santé, d) services spéciaux non disponibles au Nouveau-Brunswick, e) les soins nécessaires jusqu'au premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée à la nouvelle résidence - suivant un déplacement permanent.

Voir notes à la page 29



Authorized charges: none

QUEBEC

#### Medical Care Insurance

Standard Benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Optometry, oral surgery performed in a university establishment. Drugs and related professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures; for persons aged 65 years and over; for persons between 60 and 64 years of age who are eligible for an allowance under the Old Age Security Act and would otherwise, without that allowance, be eligible for social aid or certain governmental social aid measures. Dental services for children under the age of 12 (and under the age of 14 from May 1, 1978). Prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation. Breast prostheses grant program following mastectomy. Functional aids program for the visually handicapped under 18 years of age.

Premium per month: none (g)

#### Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward including all available services.

Out-patient: Clinical services of day or night psychiatric care, electroconvulsive therapy, insulin shock therapy, behavioural therapy, emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy, occupational therapy and inhalation therapy services, orthoptic services, services or examinations necessary for a resident to obtain employment, or those required in the course of employment or on the demand of the employer, provided that such examination or service is required by a law of Quebec other than the Collective Agreement Decrees Act, hearing and speech services.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: In-patient: Approved standard ward rate. Out-patient: Insured services at the prevailing rate of the hospital where these services are received.

Outside Canada: In-patient: Without prior approval, up to \$25 per day. Emergency or sudden illness and referral cases receiving prior approval, room and board at the ward rate plus cost of other insured

Frais autorisés: aucuns.

QUÉBEC

#### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): l'optométrie, la chirurgie buccale effectuée dans un milieu universitaire. Les médicaments et les services professionnels connexes pour les bénéficiaires de l'aide sociale et les bénéficiaires de certaines mesures d'aide sociale gouvernementale; pour les personnes âgées de 65 ans et plus; et pour les personnes de 60 à 64 ans admissibles à une allocation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale ou à certaines mesures d'aide sociale gouvernementale. Les services dentaires pour les enfants de moins de douze ans (et de moins de 14 ans à compter du 1<sup>er</sup> mai 1978). Les prothèses, les appareils orthopédiques ou autres déterminés par règlement. Le programme de subventions pour prothèses mammaires après mastectomie. Un programme d'aide pour les handicapés visuels de moins de 18 ans.

Prime mensuelle: aucune (g).

#### Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles.

Services de consultation externe: les services en clinique psychiatrique de jour ou de nuit, les traitements par électrochocs, l'insulinothérapie et la thérapie de comportement, les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, la radiothérapie, les services diagnostiques, les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie, les services d'orthoptique. Les services ou les examens auxquels doit se soumettre un résident en vue d'obtenir un emploi, ou auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi ou encore qui sont requis par un employeur à la condition qu'un tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec autre que la loi des décrets de la convention collective, les services d'audiologie et d'orthophonie.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé de la salle. Services de consultation externe: les services assurés, au tarif de l'hôpital en cause.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: jusqu'à \$25 par jour sans approbation préalable. Les cas d'urgence ou de maladie subite et les cas dirigés ailleurs avec l'approbation préalable, y



services. Excluded: spas, psychiatric and tuberculosis hospitals. Out-patient: at the prevailing rate of the hospital where the insured services are received provided that: (a) the services were received during the 24 hours following an accident; (b) the services became necessary due to a sudden illness or emergency.

#### Authorized charges:

The payments authorized are \$7 per day in extended care hospitals and in extended care units in short-term care hospitals. Children under the age of 18 are exempt. Low income individuals may benefit from total or partial exemption depending on their family and financial situation.

Additional services offered to the Quebec population under special programs of the Department of Social Affairs include:

- a) the transportation of sick persons according to specified criteria;
- b) the supply of special drugs at reduced cost (\$2 per prescription with a maximum of \$100 annually) for ambulatory patients with cancer, glaucoma, cystic fibrosis, tuberculosis, hyperlipoproteinemia, diabetes insipidus or psychiatric illnesses;
- c) home care services ordered by the attending physician to permit convalescence at home and reduce hospitalization - this program includes renal dialysis and parenteral nutrition;
- d) home help services to encourage the maintenance at home and avoidance of family break-up or long-term institutionalization for elderly persons.

#### ONTARIO

##### Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Optometry, chiropractic, podiatry, osteopathy. (Also out-of-hospital benefit towards cost of physiotherapy and for ambulance services.) Home Care Program Services; home renal dialysis and home hyperalimentation equipment, supplies and medication. (The provincial Ministry of Health administers a free Drug Benefit Plan for persons

compris le logement et la pension au tarif de la salle plus les frais des autres services assurés. Sont exclus: les stations thermales, les sanatoriums antituberculeux, et les hôpitaux psychiatriques. Services de consultation externe: le tarif de l'hôpital où les services assurés sont dispensés, pourvu a) qu'ils le soient dans les 24 heures suivant un accident, b) qu'ils soient devenus nécessaires par suite d'une maladie subite ou d'une urgence.

#### Frais autorisés:

Les frais autorisés dans les unités de soins prolongés sont de \$7 par jour dans les hôpitaux de soins prolongés et dans les hôpitaux de courte durée. Les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption totale ou partielle dépendant de leur situation familiale et financière.

Les services additionnels dont peut bénéficier la population du Québec dans le cadre des programmes spéciaux du ministère des Affaires sociales comprennent:

- a) le transport des personnes malades conformément à certains critères particuliers;
- b) certains médicaments spéciaux à prix réduit (\$2 par ordonnance, pouvant aller jusqu'à une somme maximale de \$100 par année) pour les malades sur pied qui souffrent de cancer, de glaucome, de fibrose kystique, de tuberculose, d'hyperlipoprotéinémie, de diabète insipide ou de troubles psychiatriques;
- c) les soins à domicile prescrits par le médecin traitant afin de permettre la convalescence à la maison et de réduire la durée de l'hospitalisation - ce programme comprend la dialyse rénale et l'alimentation par voie parentérale;
- d) des services d'aide domestique pour les personnes âgées afin de les encourager à rester dans leur foyer et d'éviter les séparations de la famille ou l'hospitalisation à long terme.

#### ONTARIO

##### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): l'optométrie, la chiropraxie, la podiatrie, l'ostéopathie. (Les prestations aux malades non hospitalisés pour le coût des services de physiothérapie et des services d'ambulance.) Les services du programme de soins à domicile; l'équipement, le matériel et les médicaments pour la dialyse rénale et la suralimentation à domicile. (Le

65 years and over who are Canadian citizens or landed immigrants and who have lived in the province for the past 12 months, disabled persons and persons with limited incomes.)

#### Premium per month (d):

Single - \$16 (e). Family of 2 or more - \$32 (e). Effective August 1, 1978, premiums increased to \$19 (single) and \$38 (family of 2 or more).

#### Hospital Insurance

##### Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services, physio-, occupational, speech radio- and inhalation therapies, diet counselling services when prescribed by a physician, and other hospital services when medically necessary. Where available from a hospital, the provision of equipment, supplies and medications for use in the home by haemophiliac patients for the emergency treatment or the prevention of haemorrhage. The plan also provides an extensive nursing home benefit.

##### Out-of-province benefits (c):

Full rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. 75% of standard ward for non-emergency admissions in the United States including room, board and all extras. 100% of emergencies (except mental illness) anywhere in the world. 100% of standard ward care in all other cases (except mental illness) occurring outside Canada or the U.S.

##### Authorized charges: none

MANITOBA

#### Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Certain optometric and chiropractic services, prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when

ministère provincial de la Santé administre un Régime de médicaments gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus, qui sont des citoyens canadiens ou des immigrants reçus demeurant dans la province depuis les 12 derniers mois, pour les infirmes et les personnes à revenu modeste.)

#### Prime mensuelle (d):

Personne seule - \$16 (e). Famille de 2 personnes ou plus - \$32 (e). À compter du 1<sup>er</sup> août 1978, les primes s'élèveront à \$19 pour une personne seule et à \$38 pour une famille de 2 personnes ou plus.

#### Régime d'assurance-hospitalisation

##### Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la radiothérapie, l'inhalothérapie, les services de consultation diététique, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et d'autres services hospitaliers requis du point de vue médical. L'équipement, le matériel et les médicaments employés à domicile par un hémophile pour le traitement d'urgence ou la prévention des hémorragies, lorsqu'un hôpital peut les fournir. Le Régime offre également des prestations considérables pour les services en maison de repos.

##### Services assurés hors de la province (c):

Plein tarif des autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les frais d'établissement de la province en cause. 75% du tarif de la salle pour les cas non urgents aux États-Unis, y compris logement, et pension et tous les services supplémentaires. La totalité des frais des services d'urgence (à l'exception de troubles psychiatriques) partout dans le monde. Le plein tarif de la salle dans tous les autres cas (à l'exception de troubles psychiatriques) survenant à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.

##### Frais autorisés: aucuns.

MANITOBA

#### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): certains services d'optométrie et de chiropraxie. Les prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les

prescribed by an M.D. Contact lens following congenital cataract surgery. Artificial eyes. Prescription drug program.

Premium per month: none

#### Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All services except drugs and dressings in certain cases.

Personal care homes: Standard ward and all approved available services.

Out-of-province benefits (c):

In Canada: Rate approved by hospital's provincial plan.

Outside Canada: The greater of 75% of hospital's charges or a daily allowance if: a) emergency, b) adequate care not available in Manitoba, c) during 3 months following permanent move, d) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases.

Authorized charges: none

Effective May 1, 1978, \$7 per day may be charged by hospitals in Manitoba to insured persons receiving hospital in-patient services that are not medically required but are provided after the need for placement in a personal care home has been established to the satisfaction of an assessment panel. A \$7 per day residential charge is made to insured persons receiving personal care in personal care homes (previously \$6.25).

#### SASKATCHEWAN

##### Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Les lentilles cornéennes requises après une intervention chirurgicale pour une cataracte congénitale. Les yeux artificiels. Le programme de médicaments prescrits.

Prime mensuelle: aucune.

#### Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements.

Maisons de soins personnels: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: le tarif approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Hors du Canada: la plus élevée de ces sommes: 75% des frais pour les prestations des services hospitaliers ou une allocation quotidienne dans les cas: a) d'urgence, b) où les soins requis ne sont pas disponibles au Manitoba, c) où les soins sont dispensés dans les 3 mois suivant le départ permanent, d) d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études. La moins élevée de ces deux sommes: 75% des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation non-urgente.

Frais autorisés: aucuns.

À compter du 1<sup>er</sup> mai 1978, les hôpitaux du Manitoba pourront exiger une somme de \$7 par jour des personnes assurées qui sont hospitalisées sans raison médicale après qu'un comité d'évaluation a jugé que ces personnes doivent être placées dans un foyer. Les foyers exigeront une somme de \$7 par jour des personnes assurées qui y reçoivent des soins personnels (auparavant, cette somme était de \$6.25).

#### SASKATCHEWAN

##### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.



Additional benefits (b): Optometry, chiropractic, oral surgery by a dentist and referred services by dentist for care of cleft palate. With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial Department of Health. These include a subsidized hearing aid plan; the provision of prosthetic and orthotic devices; provision of wheelchairs, walkers, commodes and other aids to daily living; a dental plan for children; a prescription drug plan.

Premium per month: none

#### Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: to the extent that a hospital is able to provide it.

Out-of-province benefits (c):

In-patient: Within Canada: Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. Outside Canada: Maximums apply as to rate and number of days of care.

Out-patient: Within Canada: Total amount charged. Outside Canada: Total amount charged or a rate considered to be fair and reasonable.

Authorized charges: none

#### ALBERTA

#### Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric and chiropractic services and podiatric services and appliances. An optional health services contract is available through the Commission providing Alberta Blue Cross Plan membership at reduced rates to residents who are not members of a group. For residents 65 years and over and their dependents, the Government provides a substantial portion of the cost of

Services supplémentaires (b): L'optométrie, la chiropraxie, les cas référés par un chirurgien-dentiste pour le traitement d'une fissure palatine et la chirurgie bucco-dentaire effectuée par un chirurgien-dentiste. Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes d'identité valides pour les Régimes d'assurance-santé sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ceux-ci comprennent le Régime de subventions pour prothèses acoustiques; la fourniture de prothèses et d'appareils orthopédiques; la fourniture de chaises roulantes, de cadres de marche, de sièges percés et de toute autre aide à la vie quotidienne; le Régime de soins dentaires pour enfants; le Régime de médicaments prescrits.

Prime mensuelle: aucune.

#### Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: dans la mesure où un hôpital peut fournir ces services, ils sont assurés.

Services assurés hors de la province (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: au Canada: le tarif de la salle moins les frais modérateurs, le cas échéant. Hors du Canada: un taux maximum s'applique au tarif et au nombre de journées de soins.

Services de consultation externe: au Canada: la totalité des frais. Hors du Canada: la totalité des frais ou un montant jugé raisonnable et juste.

Frais autorisés: aucuns.

#### ALBERTA

#### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): les soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements. L'optométrie, la chiropraxie, les soins et les appareils podiatriques. Une assurance facultative est offerte par la Commission qui permet aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe de devenir membre de la Croix-Bleue de l'Alberta. Pour les résidents âgés de 65 ans et plus et les personnes à leur charge, le gouvernement assume une



eyeglasses and a major portion of the cost of dentures and dental care; and assumes the cost of hearing aids and medical and surgical equipment, supplies and appliances.

#### Premium per month (d):

Single - \$7.05 (f). Family of 2 or more - \$14.10 (f). Effective July 1, 1978, premiums increased to \$7.65 (single) and \$15.30 (family of 2 or more).

#### Hospital Insurance

##### Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: 100% of all out-patient procedures rendered by the hospital; 100% of all diagnostic and physiotherapy services rendered in approved facilities outside the hospital; 100% of all out-patient services provided by provincial cancer clinics; dietetic counselling services. The plan also provides an extensive nursing home benefit.

##### Out-of-province benefits (c):

In-patient: 100% of all approved in-patient charges in Canada. Outside Canada, at \$50 per day or the actual cost whichever is the lesser, less the authorized charges. For newborn: \$9.00 per day or the actual cost whichever is the lesser.

Out-patient: 100% of all services rendered by hospitals in Canada, at their respective approved rates. Outside Canada, for out-patient service at an active treatment hospital, the lesser of the amount charged or the amount that would be paid for the same service in Alberta.

##### Authorized charges:

Adults (excluding residents 65 years and over and their dependents) and children (excluding newborn): \$5 for the first day in active treatment hospitals. Also excluded are: (a) inter-hospitals transfers, (b) admissions approved by cancer clinics, (c) polio patients, (d) recipients of social assistance from Department of Social Services and Community Health.

Auxiliary Hospitals: \$5 per day after 120 days (\$5.50 per day, effective July 1, 1978).

importante partie du coût des lunettes et la plus grande partie du coût des dentiers et des soins dentaires et il supporte le coût des prothèses acoustiques, et de l'équipement, des fournitures et des appareils de nature médicale et chirurgicale.

#### Prime mensuelle (d):

Personne seule - \$7.05 (f). Famille de 2 personnes ou plus - \$14.10 (f). À compter du 1<sup>er</sup> juillet 1978, les primes s'élèveront à \$7.65 pour une personne seule et à \$15.30 pour une famille de 2 personnes ou plus.

#### Régime d'assurance-hospitalisation

##### Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: la totalité des frais de tous les services de consultation externe dispensés par l'hôpital. La totalité des frais de tous les services de diagnostic et de physiothérapie dispensés dans des établissements approuvés en dehors des hôpitaux. La totalité des frais de tous les services de consultation externe rendus dans les cliniques provinciales du cancer. Les services de consultation diététique. Ce Régime offre également des prestations considérables pour les services en maison de repos.

##### Services assurés hors de la province (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: la totalité des frais des services offerts au Canada aux taux approuvés par chacun. À l'extérieur du Canada, la moins élevée de ces deux sommes: \$50 par jour ou le coût réel, moins les frais autorisés. Pour les nouveaux-nés, la moins élevée de ces deux sommes: \$9 par jour ou le coût réel.

Services de consultation externe: au Canada, la totalité des frais de tous les services de consultation externe dispensés dans les hôpitaux au Canada aux taux approuvés. À l'extérieur du Canada, pour les services de consultation externe dispensés dans un hôpital de soins de courte durée, la moins élevée des deux sommes suivantes: le coût réel des services rendus ou la somme que coûterait le même service en Alberta.

##### Frais autorisés:

Les adultes (à l'exclusion des résidents âgés de 65 ans et plus et les personnes à leur charge) et les enfants (les nouveau-nés exclus): \$5 pour le premier jour dans un hôpital de soins de courte durée. Sont aussi exclus: a) les malades transférés d'un hôpital à un autre, b) les admissions approuvées dans les cliniques du cancer, c) les malades atteints de poliomyélite, d) les bénéficiaires d'aide sociale du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire.

Les hôpitaux de soins prolongés: \$5 par jour après 120 jours. (À compter du 1<sup>er</sup> juillet 1978, \$5.50 par jour.)

## BRITISH COLUMBIA

### Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Optometry, chiropractic, naturopathy, physiotherapy, podiatry, orthoptic treatment and services of Red Cross nurses, special nurses and V.O.N., orthodontic services for hare lip and/or cleft palate. Free prescription drug program for residents 65 years and over, the handicapped and the chronically ill, and a universal Pharmacare plan which protects individuals from financial hardship as a result of high prescription drug expenses. Further details may be obtained by writing Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria V8V 1X4.

#### Premium per month (d):

Single - \$7.50. Two persons - \$15.00. Family of three or more persons - \$18.75.

### Hospital Insurance

#### Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling services; cytology services operated by B.C. Cancer Institute and renal dialysis treatments for chronic renal failure (in designated hospitals); day care services at the Arthritis Centre of British Columbia and psoriasis day care services at Shaughnessy Hospital, Vancouver.

#### Out-of-province benefits (c):

a) In-patient: During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province - maximum stay of 12 months unless otherwise approved.

See notes on page 29

## COLOMBIE-BRITANNIQUE

### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): l'optométrie, la chiropraxie, la naturopathie, la physiothérapie, la podiatrie, les services et les traitements d'orthoptique, les services des infirmières de la Croix-Rouge, de l'Ordre de Victoria ou des infirmières particulières. Les services orthodontiques pour le bec-de-lièvre ou la fissure palatine. Le Programme gratuit de médicaments prescrits pour les résidents âgés de 65 ans et plus, les handicapés et les malades chroniques et le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) offert à l'ensemble de la population, afin de protéger les individus des difficultés financières que peut entraîner l'achat de médicaments prescrits. De plus amples renseignements sur ce programme peuvent être obtenus en écrivant à Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, V8V 1X4.

#### Prime mensuelle (d):

Personne seule - \$7.50. Deux personnes - \$15.00. Famille de trois personnes ou plus - \$18.75.

### Régime d'assurance-hospitalisation

#### Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, les soins en chirurgie de jour, le traitement des cancéreux non hospitalisés, les soins psychiatriques de jour et de nuit, les services de réadaptation de jour, le traitement de la toxicomanie, les services de physiothérapie, le traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie en clinique de consultation externe (dans les hôpitaux désignés), les services de consultation diététique, les services de cytologie exploités par la B.C. Cancer Institute et les services de dialyse rénale (dans les hôpitaux désignés); les soins de jour au Centre pour arthritiques de la Colombie-Britannique (Arthritis Centre of British Columbia) et les soins de jour pour les personnes souffrant de psoriasis à l'hôpital Shaughnessy de Vancouver.

#### Services assurés hors de la province (c):

a) Services dispensés aux malades hospitalisés: les services reçus au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12<sup>e</sup> mois suivant le mois du départ de la province - une absence maximale de 12 mois, sauf une disposition contraire.

Voir notes à la page 29

b) Referral, if approved by Deputy Minister.

c) Out-patient: renal dialysis treatment for chronic renal failure in designated hospitals in another province, less \$1 authorized charge.

d) Out-of-Canada: in-patient maximum \$75 per day for adults and children, \$12 per day for newborn, lesser of charge or \$75 for out-patient dialysis for chronic renal failure. (Canadian funds).

#### Authorized charges:

a) \$4 per day in general hospitals, excluding newborn,

b) \$6.50 per day for adults and \$1 per day for children under the age of nineteen in extended care hospitals,

c) \$2 for each emergency or minor surgical out-patient treatment,

d) \$2 for day care surgical services,

e) \$1 for out-patient cancer therapy, psychiatric day care or night care and psychiatric out-patient services, out-patient physiotherapy services, diabetic day care services, day care rehabilitation services, each dietetic counselling session, renal dialysis treatment, day care arthritic services and psoriasis day care services.

### NORTHWEST TERRITORIES

#### Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Full travel coverage, plus living expenses allowance, while away from home for treatment of cancer, cystic fibrosis, tuberculosis or mental illness. Also cost of drugs required to treat specific chronic diseases. Assistance towards travel costs to receive medical treatment away from home community.

Premium per month: none

#### Hospital Insurance

See notes on page 29

b) Les services reçus par un malade dirigé ailleurs pour des traitements avec l'approbation du sous-ministre.

c) Services de consultation externe: le traitement de dialyse rénale pour les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale chronique dans certains hôpitaux désignés d'une autre province, moins \$1 de frais autorisés.

d) Hors du Canada: un maximum de \$75 par jour pour les adultes et les enfants hospitalisés et de \$12 par jour pour les nouveau-nés. Pour le traitement de dialyse rénale aux individus non hospitalisés souffrant d'insuffisance rénale chronique la plus petite des deux sommes suivantes: le coût réel du traitement ou \$75 (en devises canadiennes).

#### Frais autorisés:

a) Sauf pour les nouveau-nés, \$4 par jour dans les hôpitaux de soins de courte durée,

b) \$6.50 par jour pour les adultes et \$1 par jour pour les enfants de moins de dix-neuf ans dans les hôpitaux de soins prolongés,

c) \$2 pour tout service d'urgence ou soins en chirurgie mineure en clinique de consultation externe,

d) \$2 par jour pour les soins en chirurgie de jour,

e) \$1 pour les soins aux cancéreux non hospitalisés, pour les soins psychiatriques de jour ou de nuit et pour les services psychiatriques en clinique de consultation externe, pour les services de physiothérapie en clinique de consultation externe, pour les services de jour aux diabétiques, pour les services de réadaptation de jour, pour chaque séance de consultation diététique, et pour la dialyse rénale, pour les soins de jour pour les personnes qui souffrent d'arthrite et de psoriasis.

### TERRITOIRES DU NORD-OUEST

#### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): la totalité des frais pour les déplacements, plus une indemnité de subsistance pour les individus qui doivent s'éloigner de chez eux pour recevoir des traitements pour le cancer, la fibrose kystique, la tuberculose ou les troubles psychiatriques. Les coûts des médicaments requis pour traiter certaines maladies chroniques. Une subvention de voyage aux personnes qui doivent recevoir des traitements médicaux à l'extérieur de leur communauté.

Prime mensuelle: aucune.

#### Régime d'assurance-hospitalisation

Voir notes à la page 29



#### Standard benefits (c):

**In-patient:** Standard ward and all approved available services.

**Out-patient:** Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; and certain day care surgical procedures.

#### Out-of-province benefits (c):

**In-patient:** Rate approved for hospital by its own provincial plan.

**Out-patient:** Same benefits as in N.W.T.

**Outside Canada:** Up to a maximum specified rate.

Authorized charges: none

#### YUKON TERRITORY

##### Medical Care Insurance

**Standard benefits (a):** All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

**Premium per month (d):**

Single - \$4.75. Couple - \$9.25. Family - \$11.00.

Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums. Persons 65 years or more are premium-exempt.

##### Hospital Insurance

#### Standard benefits (c):

**In-patient:** Standard ward rate and all approved available services.

**Out-patient:** Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examinations; day care surgical services.

#### Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: les traitements d'urgence et les traitements subséquents des blessures; les examens radiologiques requis par nécessité médicale et les analyses nécessaires au diagnostic; les examens de laboratoire; les soins en chirurgie mineure; la physiothérapie et la radiothérapie quand elles sont disponibles et certains soins en chirurgie de jour.

#### Services assurés hors de la province (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans les Territoires du Nord-Ouest.

Hors du Canada: jusqu'au tarif maximal spécifié.

Frais autorisés: aucuns.

#### TERRITOIRE DU YUKON

##### Régime de soins médicaux

**Services assurés ordinaires (a):** tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

**Prime mensuelle (d):**

Personne seule - \$4.75. Couple - \$9.25. Famille - \$11.00.

La garantie dépend de la résidence et non de l'acquittement des primes. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont exemptées des primes.

##### Régime d'assurance-hospitalisation

#### Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, les examens radiologiques, et les autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement des blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui font partie de l'examen général en cabinet de médecin; les soins en chirurgie de jour.



Out-of-province benefits (c):

In-patient: Rate approved for hospital by its own provincial plan.

Out-patient: Same benefits as in Territory.

Outside Canada: Maximum applied as to rate.

Authorized charges: none

Services assurés hors de la province (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé pour l'hôpital par le régime d'assurance-hospitalisation de la province en question.

Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans le Territoire du Yukon.

Hors du Canada: le tarif maximal selon le taux.

Frais autorisés: aucuns.

Notes:

- a) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Medical Care Act (Canada).
- b) These additional benefits are provided generally on a limited basis. For specific details, information may be obtained from the provincial plan. The federal government is not contributing under federal health insurance legislation towards the costs of these additional benefits. However, the federal government contributes towards the cost of certain health services under the Extended Health Care Services Program such as nursing home and adult residential care, home care (health aspects) and ambulatory health care services.
- c) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (Canada), except for nursing home benefits - see note (b).
- d) The premiums are those for persons who do not qualify for premium assistance on account of limited income. The provisions for assistance vary from province to province.
- e) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.
- f) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.
- g) The legislation providing for health program financing has set the contribution of an individual at 1.5% of his net income for the year, to a maximum of \$235 for salaried employees and \$375 for self-employed persons. This individual contribution must not reduce net income to a figure below either \$5 957 or \$3 931 depending on whether the individual is married or single. The employer's contribution is set at 1.5% of an employee's salary. (Individual contributions ceased July 1, 1978, with effect retroactively to January 1, 1978.) Eight-fifteenths of the contributions thus collected are remitted to the Quebec Health Insurance Board and the remaining seven-fifteenths are turned over to the hospital services fund, which is used exclusively for the financing of hospital services in Quebec. (The method of financing was changed in 1978.)

Notes:

- a) Ces services assurés sont offerts conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada).
- b) Ces services supplémentaires sont généralement offerts avec certaines restrictions. Pour plus de précisions, s'adresser au régime provincial en question. Le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces services supplémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé. Cependant, le gouvernement fédéral assume une partie des coûts de certains services de santé dans le cadre du Programme de services complémentaires de santé tels que les soins en maison de repos et les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile (les services de santé) et les soins ambulatoires.
- c) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada), sauf les services assurés dans les maisons de repos - voir note (b).
- d) Ces primes s'appliquent aux personnes qui n'ont pas droit à l'assistance-prime accordée aux personnes à faible revenu. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.
- e) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a exemption de la prime si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgée de 65 ans ou plus et est résidant dans la province depuis au moins les 12 derniers mois.
- f) Il y a exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux.
- g) La loi pourvoyant au financement des programmes de santé fixe la contribution d'un particulier à 1.5% de son revenu net pour l'année, jusqu'à concurrence de \$235 pour le salarié et de \$375 pour le travailleur autonome. Cette contribution que doit verser le particulier ne peut réduire son revenu net à un montant inférieur à \$5957 ou \$3931 selon qu'il s'agisse d'une personne mariée ou d'une personne seule. La contribution de l'employeur est fixée à 1.5% du salaire versé à un employé. (On a cessé de prélever les contributions individuelles le 1<sup>er</sup> juillet 1978 avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 1978.) Des contributions ainsi recueillies, 8/15 de l'ensemble sont remis à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et 7/15 sont versés au fonds des services hospitaliers du Québec. (La méthode de financement a été changée en 1978.)

## Plan Addresses

## Adresses des Régimes

### Newfoundland

#### Medical Care

Newfoundland Medical Care  
Commission,  
Elizabeth Towers,  
Elizabeth Avenue,  
St. John's, Newfoundland.  
A1C 5J3

#### Hospital Insurance

Hospital Services Division,  
Department of Health,  
Confederation Building,  
St. John's, Newfoundland.  
A1C 5T7

### Prince Edward Island

#### Medical Care

Health Services Commission,  
P.O. Box 4500,  
Charlottetown, P.E.I.  
C1A 7P4

#### Hospital Insurance

Hospital Services Commission of  
Prince Edward Island,  
P.O. Box 4500,  
Charlottetown, P.E.I.  
C1A 7P4

### Nova Scotia

#### Medical Care

Health Services and Insurance Commission,  
P.O. Box 760,  
Halifax, Nova Scotia.  
B3J 2V2

#### Hospital Insurance

Department of Health,  
P.O. Box 488,  
Halifax, Nova Scotia.  
B3J 2R8

### New Brunswick

#### Medical Care

Department of Health,  
Insured Services Division,  
Box 5100,  
Fredericton, New Brunswick.  
E3B 5G8

### Terre-Neuve

#### Soins médicaux

Commission des soins médicaux  
de Terre-Neuve  
Elizabeth Towers  
Avenue Elizabeth  
St-Jean (Terre-Neuve)  
A1C 5J3

#### Assurance-hospitalisation

Division des services hospitaliers  
Ministère de la Santé  
Édifice Confederation  
St-Jean (Terre-Neuve)  
A1C 5T7

### Île-du-Prince-Édouard

#### Soins médicaux

Commission des services de santé  
de l'Île-du-Prince-Édouard  
C.P. 4500  
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)  
C1A 7P4

#### Assurance-hospitalisation

Commission des services hospitaliers  
de l'Île-du-Prince-Édouard  
C.P. 4500  
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)  
C1A 7P4

### Nouvelle-Écosse

#### Soins médicaux

Commission des services de santé  
et de l'assurance-maladie  
C.P. 760  
Halifax (Nouvelle-Écosse)  
B3J 2V2

#### Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé  
C.P. 488  
Halifax (Nouvelle-Écosse)  
B3J 2R8

### Nouveau-Brunswick

#### Soins médicaux

Ministère de la Santé  
Division des services assurés  
C.P. 5100  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 5G8

## Hospital Insurance

Department of Health,  
Insured Services Division,  
Box 5100,  
Fredericton, New Brunswick.  
E3B 5G8

## Quebec

### Medical Care

Quebec Health Insurance Board,  
P.O. Box 6600,  
Quebec, Quebec.  
G1K 7T3

### Hospital Insurance

Department of Social Affairs,  
Joffre Building,  
1075 chemin Ste-Foy,  
Quebec, Quebec.  
G1A 1B9

## Ontario

### Ontario Health Insurance Plan - (Medical Care and Hospital Insurance)

HAMILTON  
25 Main St. W.,  
L8P 4P9

KINGSTON  
1055 Princess St.,  
K7L 5A9

LONDON  
227 Queens Ave.,  
N6A 5G6

MISSISSAUGA  
55 City Centre Dr.,  
L5B 3M1

OSHAWA  
44 Bond St. W.,  
L1G 1A4

OTTAWA  
75 Albert St.,  
K1P 5Y9

SUDBURY  
295 Bond St.,  
P3B 2J8

THUNDER BAY  
435 James St. S.,  
P7C 5G6

TORONTO  
2195 Yonge St.,  
M5W 1A0

The above district offices undertake registration and claims processing. Information offices are also located at Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, St. Catharines, Timmins and Windsor.

## Manitoba

### Medical Care

Manitoba Health Services Commission,  
599 Empress Street,  
Winnipeg, Manitoba.  
R3C 2T6

## Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé  
Division des services assurés  
C.P. 5100  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 5G8

## Québec

### Soins médicaux

Régie de l'assurance-maladie du Québec  
C.P. 6600  
Québec (Québec)  
G1K 7T3

### Assurance-hospitalisation

Ministère des Affaires sociales  
Édifice Joffre  
1075, chemin Ste-Foy  
Québec (Québec)  
G1A 1B9

## Ontario

### Régime d'assurance-maladie de l'Ontario - (les soins médicaux et l'assurance-hospitalisation)

HAMILTON  
25, rue Main ouest  
L8P 4P9

KINGSTON  
1055, rue Princess  
K7L 5A9

LONDON  
227, av. Queens  
N6A 5G6

MISSISSAUGA  
55, promenade  
City Centre  
L5B 3M1

OSHAWA  
44, rue Bond ouest  
L1G 1A4

OTTAWA  
75, rue Albert  
K1P 5Y9

SUDBURY  
295, rue Bond  
P3B 2J8

THUNDER BAY  
435, rue James sud  
P7C 5G6

TORONTO  
2195, rue Yonge  
M5W 1A0

Les bureaux régionaux ci-dessus se chargent de recevoir les inscriptions et de donner suite aux demandes d'indemnité. Il existe également des bureaux d'information à Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, St. Catharines, Timmins et Windsor.

## Manitoba

### Soins médicaux

Commission des services de santé  
du Manitoba  
599, rue Empress  
Winnipeg (Manitoba)  
R3C 2T6



## Hospital Insurance

Manitoba Health Services Commission,  
599 Empress Street,  
Winnipeg, Manitoba.  
R3C 2T6

## Saskatchewan

### Medical Care

Saskatchewan Medical Care Insurance  
Commission,  
T.C. Douglas Building,  
3475 Albert Street,  
Regina, Saskatchewan.  
S4S 6X6

### Hospital Insurance

Saskatchewan Hospital Services Plan,  
T.C. Douglas Building,  
3475 Albert Street,  
Regina, Saskatchewan.  
S4S 6X6

## Alberta

### Medical Care

Alberta Health Care Insurance Plan,  
P.O. Box 1360,  
Edmonton, Alberta.  
T5J 2N3

or

Alberta Health Care Insurance Plan,  
J.J. Bowlen Building,  
620 - 7th Avenue S.W.,  
Calgary, Alberta.  
T2P 0Y8

### Hospital Insurance

Alberta Department of Hospitals and  
Medical Care, Hospital Services,  
P.O. Box 2222,  
9945 - 108 St.,  
Edmonton, Alberta.  
T5J 2P4

## British Columbia

### Medical Care

Medical Services Commission,  
1515 Blanshard Street,  
Victoria, B.C.  
V8W 3C8  
(Insurance contract may be obtained from the  
Medical Services Plan of British Columbia,  
1515 Blanshard Street,  
Victoria, B.C.  
Mailing Address:  
P.O. Box 1600,  
Victoria, British Columbia.  
V8W 2X9)

## Assurance-hospitalisation

Commission des services de santé  
du Manitoba  
599, rue Empress  
Winnipeg (Manitoba)  
R3C 2T6

## Saskatchewan

### Soins médicaux

Commission de soins médicaux  
de la Saskatchewan  
Édifice T.C. Douglas  
3475, rue Albert  
Regina (Saskatchewan)  
S4S 6X6

### Assurance-hospitalisation

Régime de services hospitaliers  
de la Saskatchewan  
Édifice T.C. Douglas  
3475, rue Albert  
Regina (Saskatchewan)  
S4S 6X6

## Alberta

### Soins médicaux

Régime d'assurance-maladie  
de l'Alberta  
C.P. 1360  
Edmonton (Alberta)  
T5J 2N3

et

Régime d'assurance-maladie  
de l'Alberta  
Immeuble J.J. Bowlen  
620, 7<sup>e</sup> avenue sud-ouest  
Calgary (Alberta)  
T2P 0Y8

### Assurance-hospitalisation

Ministère des hôpitaux, soins médicaux  
et services hospitaliers de l'Alberta  
C.P. 2222  
9945, 108<sup>e</sup> rue  
Edmonton (Alberta)  
T5J 2P4

## Colombie-Britannique

### Soins médicaux

Commission des services médicaux  
1515, rue Blanshard  
Victoria (Colombie-Britannique)  
V8W 3C8  
(Pour obtenir un contrat d'assurance, s'adresser au:  
Programme des services médicaux  
de la Colombie-Britannique)  
1515, rue Blanshard  
Victoria (Colombie-Britannique)  
Adresse postale:  
C.P. 1600  
Victoria (Colombie-Britannique)  
V8W 2X9)

## Hospital Insurance

Hospital Programs,  
Ministry of Health,  
Parliament Buildings,  
Victoria, British Columbia.  
V8V 1X4

## Northwest Territories

### Medical Care

N.W.T. Health Care Plan,  
Government of the N.W.T.,  
Yellowknife, N.W.T.  
X1A 2L9

### Hospital Insurance

N.W.T. Health Care Plan,  
Government of the N.W.T.,  
Yellowknife, N.W.T.  
X1A 2L9

## Yukon

### Medical Care

Yukon Health Care Insurance Plan,  
P.O. Box 2703,  
Whitehorse, Yukon.  
Y1A 2C6

### Hospital Insurance

Yukon Hospital Insurance Services,  
P.O. Box 2703,  
Whitehorse, Yukon.  
Y1A 2C6

## Assurance-hospitalisation

Programme hospitaliers  
Ministère de la Santé  
Édifices du Parlement  
Victoria (Colombie-Britannique)  
V8V 1X4

## Territoires du Nord-Ouest

### Soins médicaux

Régime d'assurance-maladie  
des T.-N.-O.  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest  
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)  
X1A 2L9

### Assurance-hospitalisation

Programme d'assurance-maladie  
des T.-N.-O.  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest  
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)  
X1A 2L9

## Territoire du Yukon

### Soins médicaux

Programme d'assurance-maladie  
du Yukon  
C.P. 2703  
Whitehorse (Yukon)  
Y1A 2C6

### Assurance-hospitalisation

Services d'assurance - hospitalisation  
du Yukon  
C.P. 2703  
Whitehorse (Yukon)  
Y1A 2C6













BINDING SECT. OCT 23 1981



